



FORMULARIUM

RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

2024

**Mencintai Allah, Menyayangi Sesama
Berkhidmat Menyelamatkan Umat**

Bismillahirrahmanirahiim

SAMBUTAN

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan taufiq, inayah, dan hidayah kepada kita hamba-hamba Nya. Semoga kita tergolong ke dalam hamba-hamba yang pandai mensyukuri nikmat.

Rumah Sakit Islam Sultan Agung merupakan salah satu rumah sakit yang sudah terakreditasi Paripurna oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), telah terakreditasi sebagai Rumah Sakit Pendidikan dan sudah mendapatkan sertifikat sebagai Rumah Sakit Syariah oleh Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia (SDN-MUI), sehingga kami berusaha untuk selalu meningkatkan pelayanan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung tahun 2024.

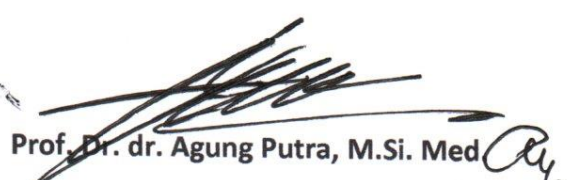
Formularium Rumah Sakit Islam Sultan Agung disusun berdasarkan hasil evaluasi penggunaan obat dan kerjasama yang baik antara Perusahaan Farmasi dengan berbagai pihak di Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

Oleh karena itu, ungkapan syukur teriring penghargaan yang tinggi kami sampaikan kepada Komite Farmasi dan Terapi serta semua pihak yang telah berupaya dalam penyelesaian dan penerbitan Formularium Rumah Sakit Islam Sultan Agung tahun 2024 ini.

Selanjutnya, Formularium Rumah Sakit Islam Sultan Agung tahun 2024 menjadi pedoman para dokter untuk memberikan pelayanan yang efektif dan efisien serta kendali mutu dan kendali biaya terhadap pasien dengan mengutamakan mutu dan keselamatan pasien.

Dengan senantiasa memohon ridho Allah SWT, semoga Formularium Rumah Sakit Islam Sultan Agung tahun 2024 dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.

**DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG**


Prof. Dr. dr. Agung Putra, M.Si. Med

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan nikmat yang tiada putus-putusnya, sehingga penyusunan Formularium Obat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang 2024 ini terselesaikan dengan baik dan lancar. Melakukan seleksi obat dan penyusunan Formularium Obat merupakan salah satu tugas dari Komite Farmasi dan Terapi (KFT) untuk membantu Pimpinan Rumah Sakit dalam menentukan kebijakan penggunaan obat dan pengobatan secara rasional. Atas persetujuan Pimpinan Rumah Sakit dan hasil rapat KFT, maka ditetapkan bahwa Formularium Obat Rumah Sakit disusun berdasarkan Formularium Nasional (Fornas) beserta perubahannya, E-catalog obat, Obat dengan sertifikat halal dari MUI, Apotek online BPJS, dan obat-obat di luar Fornas/Perubahan Fornas yang diusulkan oleh SMF/DPJP untuk dimasukkan ke dalam Formularium Obat Rumah Sakit.

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

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

Semarang, Desember 2023
Ketua Komite Farmasi dan Terapi



Dr. dr. Eko Setiawan, Sp.B

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

NOMOR 4069 /KPTS/RSI-SA/VIII/2022

TENTANG

KOMITE FARMASI DAN TERAPI

BISMILLAHIRRAHMANIRRAHIIM

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

MENIMBANG : a. bahwa Komite Farmasi dan Terapi merupakan organisasi yang mewakili hubungan komunikasi antara para staf medis dengan staf farmasi serta tenaga kesehatan lainnya dalam manajemen obat di rumah sakit;
b. bahwa Direktur Rumah Sakit berkewajiban membentuk Komite Farmasi dan Terapi yang anggotanya terdiri dari para dokter dan apoteker yang bertugas di Rumah Sakit untuk membantu Direktur dalam menentukan kebijakan penggunaan obat dan pengobatan.
a. bahwa untuk maksud tersebut sebagaimana angka (a) dan (b) diatas, maka perlu dibentuk Komite Farmasi dan Terapi Rumah Sakit Islam Sultan Agung yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.

MENGINGAT : 1. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit
4. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor. 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi Di Rumah Sakit
5. Fatwa Dewan Syariah Nasional-Majelis Ulama Indonesia Nomor : 107/DSN-MUI/X/2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Berdasarkan Prinsip Syariah
6. Surat Keputusan Pengurus Yayasan Badan Wakaf Sultan Agung Nomor : 71/SK/YBW-SA/III/2022 tentang Pengangkatan Direksi Rumah Sakit Islam Sultan Agung (RSI-SA) Masa Bakti 2022 - 2026.

MEMUTUSKAN

MENETAPKAN : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG TENTANG KOMITE FARMASI DAN TERAPI

KESATU : Susunan Keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi tercantum dalam Lampiran I (satu) Keputusan ini.

KEDUA : Tujuan, Fungsi, Susunan Kepanitiaan dan Uraian Tugas Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu tercantum dalam Lampiran II (dua) Keputusan ini.

- KETIGA : Pada saat Keputusan Direktur Utama ini berlaku, Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Islam Sultan Agung Nomor 54/KPTS/RSI-SA/I/2022 tentang Tim Farmasi dan Terapi dicabut dan dinyatakan tidak berlaku
- KE EMPAT : Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Islam Sultan Agung ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Semarang
Pada tanggal 7 Muharram 1444H
5 Agustus 2022M

DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG



RSI SULTAN AGUNG
ISLAMIC TEACHING HOSPITAL
Rumah Sakit Sesuai Prinsip Syariah
SEMARANG - JAWA TENGAH

dr. SAID SHOFWAN, Sp.An., FIPP., FIPM. *a*

TEMBUSAN Yth. :

1. Yang bersangkutan
2. Ketua Komite Medik
3. Ketua Kelompok Staf Medik
4. Manajer Pelayanan Medik
5. Manajer Keperawatan
6. Manajer Penunjang Medik
7. Arsip

LAMPIRAN I:
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
NOMOR 4069 /KPTS/RSI-SA/VIII/2022
TENTANG KOMITE FARMASI DAN TERAPI

SUSUNAN KEANGGOTAAN KOMITE FARMASI DAN TERAPI

Penanggung Jawab	:	dr. Said Shofwan, Sp.An., FIPP., FIPM
Pengarah	:	dr. R. Vito Mahendra E., M.Si.Med., Sp.B., Sup Sp.BD(K) Munadharoh, SE., MM. dr. Mohamad Arif, Sp.PD
Ketua	:	dr. Eko Setiawan, Sp.B
Wakil Ketua	:	dr. Raras Hanik Rochmawati
Sekretaris 1	:	Muh Maskur Setiaji, S.Farm.Apt.
Sekretaris 2	:	Maulana Destria Silvani, S. Farm, Apt
Anggota		
Interna	:	dr. M. Saugi Abduh, Sp.PD, K-KV, FINASIM
Jantung	:	dr. Adhitia Budy Prakoso, Sp.JP(K), FIHA
Bedah	:	dr. Dirga Rachmad Aprianto, M.Neurosci, M.Ked.Klin, Sp.BS
Paru	:	dr. Dyah Turunsih, Sp.P, FISR
Anak	:	dr. Citra Primavita Mayangsari, Sp.A
Obstetrik	:	dr. Yulice Soraya Nur Intan, Sp.OG
Ortopedi	:	dr. Dimas Febriarto, M.Kes., Sp.OT
Urologi	:	dr. Herinto Himawan, Sp.U
THT	:	dr. Agung Sulistyanto, Sp.THT-KL
Mata	:	dr. Harka Prasetya, Sp.M (K)
Kulit	:	dr. Pasid Harlisa, Sp.KK
Saraf	:	dr. Ken Wirastuti, M.Kes., Sp.S., KIC.
Anestesi	:	dr. Dian Ayu Listiarni, Sp.An
Gigi	:	Dr. drg. Yayun Siti Rochmah, Sp.BM
Umum	:	dr. Intanrizana Baiq Yusticia
Laboratorium	:	Dr. dr. Danis Pertiwi, M.Si.Med., Sp.PK
PPI	:	dr. Rahayu, M.Biomed., Sp.MK
Keperawatan	:	Ns. Sri Hartini, S.Kep.
Farmasi	:	1. Yanna Sagitasari, S.Farm., Apt 2. Rahma Laila Qodriyah Sofiakmi, S.Farm., Apt 3. Maziyya Mutma'inna Noor, S.Farm., Apt

DIREKTUR UTAMA
YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
 **RSI SULTAN AGUNG**
ISLAMIC TEACHING HOSPITAL
Rumah Sakit Sesuai Prinsip Syariah
SEMARANG - JAWA TENGAH

dr. SAID SHOFWAN, Sp.An., FIPP., FIPM. *a*

LAMPIRAN II:
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
NOMOR 4069 /KPTS/RSI-SA/VIII/2022
TENTANG KOMITE FARMASI DAN TERAPI

A. TUJUAN KOMITE FARMASI DAN TERAPI

Untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan pelayanan dengan kualitas terbaik dan dengan harga yang terjangkau dengancara mendeterminasi obat-obat yang tersedia, berapa harganya dan bagaimana obat itu akan digunakan.

B. FUNGSI KOMITE FARMASI DAN TERAPI

1. Memberi arahan untuk staf medik, administrasi dan farmasi
2. Pengembangan peraturan-peraturan tentang obat
3. Mengevaluasi dan memilih obat yang akan masuk dalam formularium
4. Mengembangkan *Standard Treatment Guideline* (STG)
5. Menilai penggunaan obat untuk mengidentifikasi masalah
6. Melakukan intervensi yang efektif untuk meningkatkan penggunaan obat
7. Manajemen efek samping obat
8. Manajemen *Medication Error*
9. Menyebarkan informasi

C. SUSUNAN KEPANITIAAN KOMITE FARMASI DAN TERAPI

Keanggotaan organisasi dan kegiatan Komite Farmasi dan Terapi yang disesuaikan dengan kondisi Rumah Sakit meliputi :

1. Ketua
2. Wakil Ketua
3. Sekertaris
4. Anggota

Tenaga kesehatan yang masuk dalam keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi adalah :

1. Dokter
2. Apoteker
3. Perawat

D. URAIAN TUGAS KOMITE FARMASI DAN TERAPI

1. Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas dan wewenang:
 - a. Membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional
 - b. Membuat formularium di rumah sakit
 - 1) Melakukan tinjauan formularium berdasarkan informasi mengenai keamanan atau efek samping obat setiap tahun
 - 2) Mengevaluasi usulan obat baru yang diusulkan oleh anggota staf medis untuk dimasukkan di dalam formularium

- 3) Mengevaluasi kepatuhan terhadap formularium dan merekomendasikan tindak lanjut kepada direksi
- c. Melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di rumah sakit dengan mengkaji medical record dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi untuk meningkatkan penggunaan obat secara rasional
- d. Mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai efek samping obat serta melaporkan kepada panitia MESO (Monitoring Efek Samping Obat) Nasional.
- e. Menyebarkan ilmu pengetahuan yang menyangkut obat kepada staf medis dan perawat.
- f. Komite Farmasi dan Terapi melakukan drug utilization review (DUR) setiap setahun sekali terhadap obat-obatan dengan kriteria jumlah penggunaannya tinggi, risiko penggunaannya tinggi, biaya penggunaannya tinggi.
- g. Komite Farmasi dan Terapi melakukan pengawasan terhadap penggunaan antibiotik di luar Formularium

2. Uraian Tugas Komite Farmasi Dan Terapi

No	Jabatan	Uraian Tugas
a.	Ketua	1) Memimpin pelaksanaan kegiatan Komite Farmasi dan terapi 2) Membantu Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Formularium Obat RS 3) Membuat <i>drug utilization review (DUR)</i> setiap setahun sekali terhadap obat-obatan dengan kriteria jumlah penggunaannya tinggi, risiko penggunaannya tinggi, biaya penggunaannya tinggi. 4) Membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional 5) Mengevaluasi usulan obat baru yang diusulkan oleh anggota staf medis untuk dimasukkan di dalam formularium 6) Mengevaluasi kepatuhan terhadap formularium dan merekomendasikan tindak lanjut kepada direksi 7) Melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di rumah sakit dengan mengkaji medical record dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi untuk meningkatkan penggunaan obat secara rasional 8) Mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai efek samping obat serta melaporkan kepada panitia MESO (Monitoring Efek Samping Obat) Nasional. 9) Menyebarkan ilmu pengetahuan yang menyangkut obat kepada staf medis dan perawat 10) Komite Farmasi dan Terapi melakukan pengawasan terhadap penggunaan antibiotik di luar Formularium
b.	Wakil Ketua	1) Membantu Ketua dalam melaksanakan kegiatan Komite Farmasi dan Terapi 2) Membantu menyusun Formularium Obat RS 3) Membantu ketua dalam melaksanakan kegiatan Komite Farmasi dan Terapi



c.	Sekretaris	1) Membuat undangan rapat Komite Farmasi dan Terapi 2) Notulen dan daftar hadir dalam rapat Komite Farmasi dan Terapi 3) Membantu Ketua dan Komite Farmasi dan Terapi dalam memberikan informasi tentang perbekalan farmasi (obat dan alat kesehatan) 4) Memberikan informasi kepada Komite Farmasi dan Terapi tentang : a) Evaluasi Penggunaan Obat yang diresepkan Dokter (Ketepatan obat, ketepatan indikasi obat, ketepatan dosis obat, ketepatan pasien) b) Ketersediaan obat (fast moving, slow moving, death stock obat) c) Kekosongan obat d) Obat-obat baru (kategori live saving) e) Permintaan usulan obat dari dokter untuk masuk dalam formularium f) Permintaan tambahan / sisipan obat dalam Formularium g) Interaksi obat dan pelayanan farmasi klinik h) Memberikan laporan tentang kepatuhan Dokter terhadap Formularium
d.	Anggota	1) Melaksanakan kegiatan Farmasi dan Terapi 2) Membantu Komite Farmasi dan Terapi dalam memberikan informasi obat dan alat kesehatan untuk mendukung pelaksanaan kegiatan Komite Farmasi dan Terapi

DIREKTUR UTAMA

YAYASAN RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG


RSI SULTAN AGUNG
 ISLAMIC TEACHING HOSPITAL
 Rumah Sakit Sesuai Prinsip Syariah
 SEMARANG - JAWA TENGAH

dr. SAID SHOFWAN, Sp.An., FIPP., FIPM.

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

NOMOR 6543 /KPTS/RSI-SA/XII/2023

TENTANG

PEMBERLAKUAN FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

BISMILLAHIRRAHMANIRRAHIIM

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

- Menimbang : a. bahwa salah satu upaya meningkatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung adalah dengan melakukan pemakaian obat secara rasional;
- b. bahwa untuk mencapai penggunaan obat secara rasional diperlukan suatu standar pengobatan yang mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kedokteran dan farmasi;
- c. bahwa untuk tujuan tersebut ditetapkan formularium atau daftar obat standar yaitu daftar produk obat-obatan yang dapat digunakan dimana obat-obatan tersebut telah terseleksi dan terbukti memiliki tingkat keamanan berdasarkan uji klinis;
- d. bahwa formularium seyogyanya menjadi panduan penulisan resep dan pemberian obat, telah memenuhi aspek-aspek akuntabilitas, realibilitas, dan validitas yang diperlukan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan rasional;
- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a sampai dengan huruf d, perlu ditetapkan Keputusan Direktur Utama tentang Pemberlakuan Formularium Rumah Sakit Tahun 2024;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 tahun 2016 tentang Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/200/2020 tentang Pedoman Penyusunan Formularium Rumah Sakit;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/6485/2021 Tentang Formularium Nasional;
6. Fatwa Dewan Syariah Nasional-Majelis Ulama Indonesia Nomor: 107/DSN-MUI/X/2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Berdasarkan Prinsip Syariah;
7. Surat Keputusan Pengurus Yayasan Badan Wakaf Sultan Agung Nomor 215/SK/YBW SA/XI/2023 Tentang Pengangkatan Pejabat Direktur Utama Rumah Sakit Islam Sultan Agung (RSI-SA) Semarang.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG TENTANG PEMBERLAKUAN FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024
- KESATU : Formularium Obat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Tahun 2024 disusun oleh Komite Farmasi dan Terapi, digunakan sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan resep dan pelayanan obat kepada pasien secara Syariah yang dirawat di RS Islam Sultan Agung.
- KEDUA : Komite Farmasi dan Terapi berkoordinasi dengan Komite Syariah dan Komite Pengendalian Resistensi Antibiotik dalam penetapan obat dalam Formularium
- KETIGA : Formularium obat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Tahun 2024 berlaku selama satu tahun.
- KEEMPAT : Perbandingan obat yang dipakai dalam Formularium 2024 adalah 1 (satu) obat generik didampingi dengan 1 (satu) obat merk. Perbandingan 1 : 1 tidak berlaku untuk sediaan yang memiliki jenis sediaan tertentu.
- KELIMA : Obat-obatan yang ditanggung oleh asuransi yang bekerjasama dengan Rumah Sakit Islam Sultan Agung diwajibkan menggunakan obat-obatan berdasarkan Formularium Rumah Sakit.
- KEENAM : Penggunaan Formularium Rumah Sakit Islam Sultan Agung tahun 2024 adalah merupakan kewajiban dan tanggung jawab semua pihak demi terlaksananya pelayanan yang aman dan berkualitas.
- KETUJUH : Penggunaan Formularium Rumah Sakit Islam Sultan Agung tahun 2024 akan dievaluasi sebulan sekali oleh Komite Farmasi dan Terapi dan dilaporkan secara periodik setiap 3 (tiga) bulan sekali ke Direktur.
- KETUJUH : Pada saat Keputusan Direktur Utama ini mulai berlaku, Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Islam Sultan Agung Nomor 6936/KPTS/RSI-SA/XII/2022 tentang Pemberlakuan Formularium Rumah sakit tahun 2023 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- KEDELAPAN : Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Islam Sultan Agung ini mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2024.

Ditetapkan di Semarang

Pada tanggal 14 Jumadil Akhir 1445 H

27 Desember 2023 M

DIREKTUR UTAMA

RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG
RSI SULTAN AGUNG
ISLAMIC TEACHING HOSPITAL
Rumah Sakit Sesuai Prinsip Syariah
SEMARANG - JAWA TENGAH

Prof. Dr. dr. AGUNG PUTRA, M.Si.Med. *Ida*

KEBIJAKAN PENGGUNAAN OBAT DI RUMAH SAKIT

1. Kebijakan Penggunaan Obat Sitostatika

Peresepan obat sitostatika hanya dapat dilakukan oleh Dokter Spesialis Onkologi.

2. Kebijakan Penggunaan Obat Narkotika, Psikotropika, Dan Prekursor

- a. Tenaga kesehatan yang diperbolehkan menuliskan resep narkotika, psikotropika dan prekursor adalah Dokter yang memiliki Surat Ijin Praktek.
- b. Resep narkotika wajib menuliskan nama dan tanda tangan Dokter.

3. *Automatic Stop Order*

Automatic stop order belum dilakukan secara tersistem dalam *e-prescribing*, petugas farmasi masih melakukan penghentian obat secara manual dan selanjutnya melakukan konfirmasi kepada dokter penulis resep. Hanya saja pada saat dokter melakukan *e-prescribing* terdapat peringatan terkait *automatic stop order*. Penetapan *Automatic Stop Order* mengacu pada Formularium Nasional dan *guideline* atau *Evidence Based Medicine*.

Automatic stop order diterapkan pada obat-obat tertentu yang dianggap sebagai obat yang kuat atau poten dan obat-obat yang memerlukan review seperti ketorolac dan antibiotik. Petugas farmasi akan mengingatkan dokter penulis resep jika penggunaannya telah mencapai waktu yang telah ditentukan. Pengobatan dapat dilanjutkan apabila telah dilakukan komunikasi dengan Dokter yang bersangkutan.

Berikut pembatasan obat yang termasuk dalam *Automatic Stop Order*, yaitu :

1) Ketorolac

Pemberian ketorolac baik injeksi maupun oral dibatasi hanya 5 hari. Pada sediaan injeksi maksimal dosis yaitu 120 mg/hari. Hal ini dilakukan untuk mencegah efek samping obat pada ginjal dan saluran gastrointestinal.

2) Pethidin, Morfin, dan Fentanyl

Obat pethidin, morfin, dan fentanyl diberikan hanya untuk nyeri sedang hingga berat, namun tidak digunakan untuk nyeri kanker. Obat diberikan selama 2 hari untuk mencegah akumulasi hasil metabolisme yang toksik.

3) Antikoagulan

Obat antikoagulan misal heparin dan fondaparinux hanya dapat diberikan selama 7 hari.

4) Antibiotik

Penetapan lama terapi penggunaan antibiotik mengacu pada Pedoman Penggunaan Antibiotik yang disusun oleh KPRA dan telah ditetapkan oleh Direksi. Setiap pemberian terapi antibiotik akan dievaluasi pada hari ke-5.

4. Kebijakan Penggunaan Obat Yang Mengandung Unsur Diharamkan

Apabila terdapat permintaan obat yang termasuk dalam “mengandung unsur diharamkan”, namun bersifat emergensi dan *life saving* serta tidak ada obat yang dapat menggantikan untuk pengobatan tersebut, maka harus adanya *informed consent* dari pasien/ keluarga pasien sebagai bukti persetujuan pemberian obat.

KETENTUAN UMUM

1. Formularium Obat Rumah Sakit

Formularium Obat Rumah Sakit merupakan daftar obat yang disepakati beserta informasinya yang harus diterapkan di RSI Sultan Agung. Formularium Obat Rumah Sakit disusun oleh Komite Farmasi dan Terapi berdasarkan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), Formularium Nasional beserta perubahannya, E-Catalog, Informatorium Obat Covid-19, Obat yang masuk dalam daftar obat halal MUI, dan disempurnakan dengan mempertimbangkan obat lain yang diusulkan oleh SMF, yang terbukti secara ilmiah dibutuhkan untuk pelayanan di rumah sakit. Penerapan Formularium Obat Rumah Sakit harus selalu dipantau. Hasil pemantauan dipakai untuk pelaksanaan evaluasi dan revisi agar sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

2. Tata cara penulisan resep

- a. Resep yang berlaku di RSI Sultan Agung hanyalah resep dari RSI Sultan Agung;
- b. Resep ditulis oleh dokter yang namanya tercantum dalam daftar staf medis yang berhak menulis resep;
- c. Resep harus ditulis dengan jelas, dapat terbaca, dan lengkap memuat nama dokter, tanggal penulisan resep, paraf dokter dan informasi spesifik pasien meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, umur, berat badan (pasien anak), nama obat, dosis, rute pemberian, frekuensi/waktu pemberian, dan alergi;
- d. Sebelum menuliskan resep, dokter harus memperhatikan tiga kemungkinan : kontraindikasi, interaksi obat, dan reaksi alergi;
- e. Menggunakan istilah dan singkatan yang ditetapkan rumah sakit dan tidak boleh menggunakan singkatan yang dilarang (tersedia daftar singkatan yang digunakan dan dilarang di RSI Sultan Agung);
- f. Resep obat narkotika dan psikotropika harus menggunakan resep asli dokter dengan mencantumkan nama lengkap dokter, tanda tangan dokter; nama pasien dan alamat pasien;
- g. Resep obat sitostatika ditulis oleh dokter disertai protokol resep sitostatika yang telah disetujui oleh konsultan hematologi/onkologi;
- h. Resep antibiotik sebagai terapi empirik mengacu pada Pedoman Penggunaan Antimikroba RSI Sultan Agung.

3. Pengajuan Penambahan Usulan Obat masuk dalam Formularium

Pengajuan penambahan usulan obat masuk dalam formularium dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Pengajuan obat dengan komposisi zat aktif yang **sudah terdapat** dalam formularium diluar masa pengajuan obat baru, akan diarsipkan dahulu sampai masa pengajuan obat baru dibuka.
- b. Pengajuan obat dengan komposisi zat aktif yang **tidak terdapat** dalam formularium dapat dilakukan diluar masa pengajuan obat baru dan hanya merupakan obat *life saving*

- dengan persetujuan oleh Direktur Pendidikan dan Penunjang Medis
- c. Apabila obat yang diusulkan mengandung bahan yang diharamkan KFT berkoordinasi dengan Komite Syariah RSI Sultan Agung dan Direktur Pendidikan dan Penunjang Medis untuk mendapatkan persetujuan. Setelah mendapatkan persetujuan, sebelum dilakukannya pembelian obat, harus dilakukan penandatanganan *Informed Consent* oleh pasien yang akan menerima obat tersebut
 - d. Apabila Dokter yang mengusulkan obat baru meminta untuk obat segera disetujui sebelum memasuki masa pengajuan obat baru maka harus melalui persetujuan Direktur Pendidikan dan Penunjang Medis
 - e. Obat yang merupakan obat baru dapat diberikan dalam kondisi *life saving* dimana komposisi terapi pengobatannya tidak terdapat dalam formularium dengan persetujuan Direktur Pendidikan dan Penunjang Medis
 - f. Penggantian obat diluar formularium diizinkan dengan kondisi apabila obat paten maupun generik yang masuk ke dalam formularium terjadi kekosongan dari distributor obat, dan hanya berlaku saat masa kekosongan obat tersebut yang disebut sebagai "obat pengganti sementara".
 - g. Obat pengganti sementara tidak dapat langsung dimasukkan di formularium yang masih berlaku pada saat kebijakan ini ditandatangani, namun dapat dijadikan pertimbangan dalam pengajuan formularium tahun berikutnya.
 - h. Penambahan usulan obat baru sebagai tambahan dalam formularium Rumah Sakit dikoordinasikan dahulu antara Komite Farmasi dan Terapi dengan Komite Syariah untuk memastikan obat yang diusulkan tidak mengandung unsur yang diharamkan.
 - i. Penambahan usulan obat baru khusus antibiotika sebagai tambahan dalam formularium Rumah Sakit, dikoordinasikan dan rekomendasikan oleh KPRA (Komite Pengendalian Resistensi Antibiotika) RSI Sultan Agung untuk mendapatkan jawaban telaah pengkajian obat yang diusulkan

4. Tata Cara Penambahan Obat Diluar Formularium

Penambahan obat diluar formularium dilakukan dengan mengisi "Formulir Permintaan Khusus Obat Non Formularium" dianggap sah apabila memenuhi poin poin berikut ini

- a. Ditulis secara lengkap yang dituliskan oleh dokter pengusul sendiri
- b. Telah ditandatangani oleh Dokter pengusul obat non formularium
- c. Telah ditandatangani oleh Kepala Staf Medik Fungsional dokter pengusul obat non formularium

Penulisan "Formulir Permintaan Khusus Obat Non Formularium" akan dianggap batal/ tidak sah apabila tidak dipenuhinya poin-poin diatas. Komite Farmasi dan Terapi berhak menolak, apabila ketentuan pengajuan obat baru ini tidak sesuai

5. Alur Penambahan Obat Diluar Formularium

- a. Formulir Permintaan Khusus Obat Non Formularium yang telah lengkap disampaikan kepada anggota KFT, dan diserahkan kebagian Farmasi untuk dilakukan pengkajian usulan obat. Pengkajian Usulan Obat dilakukan dengan mengisi form yang berisi poin-poin antara lain :

- 1) Nama Dagang
 - 2) Nama generik/Komposisi
 - 3) Bentuk sediaan dan kekuatan
 - 4) Pabrik
 - 5) Nama Pasien
 - 6) Indikasi
 - 7) Alasan permintaan
 - 8) Jumlah yang diminta
- b. Dokumen Pengkajian Informasi Usulan Obat akan ditandatangani oleh Anggota Komite Farmasi dan Terapi dari bagian farmasi yang kemudian akan diserahkan kepada ketua KFT dan Komite Syariah untuk mendapatkan rekomendasi obat yang diusulkan
 - c. Untuk Dokumen Pengkajian Informasi Usulan Obat Antibiotik akan dimintakan kepada KPRA apabila obat yang diusulkan mengandung Antibiotik baru yang komposisinya tidak terdapat dalam Formularium RSISA
 - d. Hasil rekomendasi kemudian akan diteruskan kepada Direktur Pendidikan dan Penunjang Medis untuk mendapatkan Jawaban pengusulan Obat di luar formularium yang di sahkan dengan "Formulir Jawaban Pengajuan Obat di Luar Formularium" yang telah ditandatangani oleh Direktur Pendidikan dan Penunjang Medis Rumah Sakit Islam Sultan Agung

6. Pengurangan Obat Diluar Formularium

Obat yang sebelumnya telah masuk di dalam Formularium Rumah Sakit Islam Sultan Agung akan dikeluarkan jika apabila :

- a. Penarikan obat oleh lembaga yang berwenang (BPOM)
- b. Obat tidak berjalan (*Unmoving drug*) dan merupakan obat dead stock maksimal 6 bulan berturut-turut.
- c. Obat dengan kategori *slow moving* melalui persetujuan Komite Farmasi dan Terapi setelah disosialisasikan kepada perwakilan Staf Medik Fungsional di Rumah Sakit Islam Sultan Agung

7. Pemantauan dan evaluasi

Pemantauan dan evaluasi dilakukan untuk menunjang keberhasilan penerapan formularium sekaligus dapat mengidentifikasi permasalahan potensial dan strategi penanggulangan yang efektif. Hal ini dapat dicapai melalui koordinasi, supervisi, pemantauan dan evaluasi penerapan formularium.

8. Revisi Formularium Obat

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

Kriteria penambahan dan pengurangan obat dalam formularium :

- a. Merupakan obat yang memiliki nomor izin edar (NIE);
- b. Mengutamakan penggunaan obat generik;
- c. Mengutamakan obat yang sudah tersertifikasi halal MUI;
- d. Memiliki rasio manfaat dan risiko yang paling menguntungkan bagi pasien;
- e. Mutu terjamin, termasuk stabilitas dan penyimpanan;
- f. Menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh penderita;
- g. Obat yang baru diusulkan harus memiliki bukti ilmiah terkini (*evidence based medicine*), telah jelas efikasi dan keamanan, serta keterjangkauan harganya.

9. Prosedur Penanganan Perbekalan Farmasi Yang Tidak Masuk Di Formularium

1. Hubungi dokter yang memberikan instruksi perbekalan farmasi yang tidak tersedia atau kosong.
2. Sampaikan bahwa perbekalan farmasi yang diinstruksikan tidak tersedia atau kosong.
3. Mintakan kepada dokter pengganti dari perbekalan farmasi yang tidak tersedia/ kosong tersebut atau beri saran kepada dokter substitusi/pengganti perbekalan farmasi yang tersedia.
4. Catat perbekalan farmasi pengganti pada buku konfirmasi.
5. Ulangi kembali nama perbekalan farmasi dan mengejanya sesuai ejaan yang disepakati.
6. Sampaikan kepada perawat ruangan penggantian perbekalan farmasi
7. Mintakan paraf dokter yang memberikan instruksi pada buku konfirmasi dokter.
8. Apabila dokter tidak bersedia mengganti perbekalan farmasi, maka belikan perbekalan Farmasi ke Rumah Sakit atau Apotek rekanan sesuai SPO pembelian perbekalan farmasi ke Rumah Sakit atau Apotek rekanan.

PETUNJUK PENGGUNAAN BUKU FORMULARIUM

1. Kolom **NO KELAS TERAPI** berisi kode kelas terapi yang mengacu pada kode Formularium Nasional dengan modifikasi.
2. Kolom **NO URUT OBAT**, dimaksudkan adalah nomor urut obat dari subkelas terapi sesuai dengan Formularium Nasional dengan modifikasi.
3. Tanda **(*)** dalam no urut obat merupakan obat yang tidak masuk ke dalam Formularium Nasional.
4. Kolom **F/NF** maksudnya adalah:
F = Jenis Bentuk Sediaan yang masuk ke dalam daftar obat Formularium Nasional
NF = obat non Fornas
5. Kolom **NAMA GENERIK** berisi nama generik obat/ komposisi obat
6. Kolom **BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN** berisi bentuk sediaan obat disertai dengan kekuatan sediaan obat. Pada kolom ini juga dipisahkan, mana bentuk sediaan yang masuk dalam Fornas (F) dan mana yang tidak (NF)
7. Kolom **NAMA DAGANG** berisi nama dagang produk obat yang disetujui masuk dalam formularium adalah 1 (satu) obat didampingi maksimal 3 (tiga) obat paten yang didalamnya minimal terdapat 1 (satu) obat yang masuk ke dalam ecatalog
8. **KETERANGAN / RETRIKSI OBAT FORNAS** berisi Pembatasan penggunaan hanya untuk indikasi tertentu atau di tempat pelayanan tertentu.
9. **MAKSIMAL PERESEPAN** berisi Pembatasan jumlah obat yang diresepkan sesuai dengan formularium nasional

DAFTAR ISI

Halaman Depan	i
Sambutan	ii
Kata Pengantar	iii
Keputusan Direktur Utama Tentang Komite Farmasi Dan Terapi.....	iv
Keputusan Direktur Utama Tentang Pemberlakuan Formularium Rs	x
Kebijakan Penggunaan Obat Di Rumah Sakit	xii
Ketentuan Umum.....	xiii
Petunjuk Penggunaan Buku Formularium	xvii
Daftar Isi	xviii
Daftar Obat Formularium Rumah Sakit Tahun 2024	1
1. Analgesik, Antipiretik, Antiinflamasi Non Steroid, Antipirai.....	1
1.1. Analgesik Narkotik	1
1.2. Analgesik Non Narkotik.....	3
1.3. Antipirai	8
1.4. Nyeri Neuropatik.....	8
2. Anastetik.....	9
2.1. Anastetik Lokal	9
2.2. Anastetik Umum Dan Oksigen	10
2.3. Obat Untuk Prosedur Pre Operatif	11
3. Antialergi & Obat Untuk Anafilaksis.....	12
4. Antidot & Obat Lain Untuk Keracunan.....	14
4.1. Khusus.....	14
4.2. Umum	14
5. Antiepilepsi - Antikonvulsi	14
6. Antiinfeksi.....	18
6.1. Antelmintik	18
6.2. Antibakteri	19
6.3. Antiinfeksi Khusus	32
6.4. Antifungi	42
6.5. Antiprotozoa	44
6.6. Antivirus.....	45
7. Antimigren Dan Antivertigo	56
7.1. Antimigren	56
7.2. Antivertigo	58
8. Antineoplastik Dan Imunomodulator	58
8.1. Antineoplastik	58
8.1.1. Alkilator	58
8.1.2. Antimetabolit.....	60
8.1.3. Alkaloid Dan Produk Natural Lain	63
8.1.4. Antibiotik Sitotoksik Dan Senyawa Sejenis.....	65

8.1.5. Penghambat Protein Kinase	67
8.1.6. Antibodi Monoklonal Dan Antibody Drug Conjugates	73
8.1.7. Antineoplastik Lain	75
8.2. Terapi Endokrin	78
8.2.1. Hormon Dan Senyawa Sejenis	78
8.2.2. Antagonis Hormon Dan Senyawa Sejenis.....	80
8.3. Imunosupresan	83
8.4. Lain–Lain	88
9. Antiparkinson	90
10. Obat Yang Mempengaruhi Darah	92
10.1. Antianemi.....	92
10.2. Obat Yang Memengaruhi Koagulasi	93
10.3. Obat Untuk Kelebihan Besi	96
10.4. Hematopoetik	97
11. Produk Darah Dan Pengganti Plasma.....	100
11.1. Produk Darah	100
11.2. Pengganti Plasma Dan Plasma Ekspander	102
12. Diagnostik	103
12.1. Bahan Kontras Radiologi	103
12.2. Magnetic Resonance Contrast Media	104
12.3. Ultrasound	105
12.4. Radiofarmaka Kedokteran Nuklir	105
12.5. Tes Fungsi.....	106
13. Antiseptik Dan Disinfektan	107
13.1. Antiseptik	107
13.2. Disinfektan	107
14. Obat Dan Bahan Untuk Gigi	108
14.1. Antiseptik Dan Bahan Untuk Perawatan Saluran Akar Gigi	108
14.2. Antifungi Orofaringeal.....	109
14.3. Obat Untuk Pencegahan Karies.....	109
14.4. Bahan Tumpat.....	109
14.5. Preparat Lainnya	109
15. Diuretik Dan Obat Untuk Hipertrofi Prostat.....	110
15.1. Diuretik	110
15.2. Obat Untuk Hipertrofi Prostat.....	111
16. Hormon, Obat Endokrin Lain Dan Kontrasepsi	112
16.1. Hormon Antidiuretik	112
16.2. Antidiabetes	112
16.3. Hormon Kelamin Dan Obat Yang Memengaruhi Fertilitas	118
16.4. Hormon Tiroid Dan Antitiroid.....	121
16.5. Kortikosteroid	121
16.6. Lain-Lain.....	122
17. Obat Kardiovaskular	123

17.1. Antiangina	123
17.2. Antiaritmia	125
17.3. Antihipertensi	126
17.4. Antiagregasi Platelet	131
17.5. Trombolitik.....	134
17.6. Obat Untuk Gagal Jantung	135
17.7. Obat Untuk Syok Kardiogenik Dan Sepsis.....	137
17.8. Antihiperlipidemia	138
17.9. Hipotensi Akibat Anestesi Regional.....	141
18. Obat Topikal Untuk Kulit.....	141
18.1. Antiakne.....	141
18.2. Antibakteri	141
18.3. Antifungi	142
18.4. Antiinflamasi Dan Antipruritik.....	143
18.5. Antiskabies Dan Antipedikulosis	143
18.6. Kaustik.....	144
18.7. Keratolitik Dan Keratoplastik.....	144
18.8. Lain - Lain	144
19. Larutan Dialisis Peritoneal	146
20. Larutan Elektrolit, Nutrisi, Dan Lain-Lain	146
20.1. Oral	146
20.2. Parenteral	147
20.3. Lain-Lain.....	149
21. Obat Untuk Mata	150
21.1. Anestetik Lokal	150
21.2. Antimikroba	150
21.3. Antiinflamasi	152
21.4. Midriatik.....	154
21.5. Miotik Dan Antiglaukoma.....	154
21.6. Lain-Lain.....	156
22. Oksitosik	158
23. Psikofarmaka	159
23.1. Antiansietas	159
23.2. Antidepresi.....	159
23.3. Antiobsesi Kompulsi	160
23.4. Antipsikotik	160
23.5. Obat Untuk Adhd (<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>)	164
23.6. Obat Untuk Gangguan Bipolar	164
23.7. Obat Untuk Program Ketergantungan	165
24. Relaksan Otot Perifer Dan Penghambat Kolinesterase	165
25. Obat Untuk Saluran Cerna	167
25.1. Antasida Dan Antiulkus	167
25.2. Antiemetik.....	170

25.3. Antihemoroid	171
25.4. Antispasmodik.....	172
25.5. Obat Untuk Diare	172
25.6. Katartik.....	173
25.7. Obat Untuk Antiinflamasi.....	174
25.8. Lain - Lain	175
26. Obat Untuk Saluran Napas.....	175
26.1. Antiasma	175
26.2. Antitusif.....	181
26.3. Ekspektoran	182
26.4. Obat Untuk Penyakit Paru Obstruksi Kronis.....	183
26.5. Lain - Lain	185
27. Obat Untuk Saluran Kemih	186
28. Obat Yang Memengaruhi Sistem Imun	186
28.1. Serum Dan Immunoglobulin	186
28.2. Vaksin.....	189
29. Obat Untuk Telinga, Hidung, Dan Tenggorokan.....	191
30. Vitamin Dan Mineral	193
31. Obat Yang Memengaruhi Struktur Dan Mineralisasi Tulang	202
32. Lain-Lain.....	203
32.1. Hemostatik.....	204
32.2. Kolagogum, Kolelitolitik, & Hepatoprotektor	204
32.3. Nootropik & Neurotonik/Neurotropik	204
32.4. Obat Batuk Dan Pilek	205
32.5. Obat Hemorheologi.....	207
32.6. Preparat Flebitis & Varises	207
32.7. Vasodilator Perifer & Aktivator Serebral	207
32.8. Produk Suport Nutrisi.....	208
32.9. Obat Untuk Klinik Obesitas	208
Daftar Obat Teregistrasi Halal	xxii
Formulir Pengajuan Obat Masuk Formularium	xxxiii
Formulir Pengkajian Informasi Usulan Obat.....	xxxiv
Formulir Pengkajian Informasi Usulan Obat Antibiotik	xxxv
Formulir Rekomendasi Dan Jawaban	xxxvi
Pengajuan Obat Masuk Formularium.....	xxxvi
Formulir Pengajuan Penghapusan Obat Dari Formularium	xxxvii
Formulir Permintaan Khusus Obat Non Formularium	xxxviii
Formulir Monitoring Efek Samping Obat.....	xxxix
Daftar Obat Baru Formularium 2024.....	xl
Daftar Obat Keluar Dari Formularium	xli
Daftar Nama Obat Formularium	li

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
1. ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID, ANTIPIRAI							
1.1. ANALGESIK NARKOTIK							
	1	Fentanil	F : inj 0,05 mg/mL (im/iv)	Fentanyl Inj 0,05 mg/ml	PT. Mahakam Beta Farma	Hanya untuk nyeri berat dan harus diberikan oleh tim medis yg dapat melakukan resusitasi.	5 amp/kasus.
			NF : inj 0,05 mg/mL (im/iv)	Fentanex 0,05 mg/ml	PT. Dexta Medica		
			F : patch 12,5 mcg/jam, patch 25 mcg/jam	(Belum Tersedia)	-	- Untuk nyeri kronik pada pasien kanker yang tidak terkendali. - Tidak untuk nyeri akut. Patch 50 mcg /jam : Hanya boleh diresepkan oleh tim manajemen nyeri RS atau tim onkologi (<i>tumor board</i>) RS	10 patch/bulan.
			NF : patch 12,5 mcg/jam, patch 25 mcg/jam	Durogesic Patch 12,5 mcg / jam	PT. Kimia Farma Tbk. (Janssen Pharmaceutical)		
				Durogesic Patch 25 mcg / jam			
			F : patch 50 mcg/jam	(Belum Tersedia)	-		5 patch/bulan.
	2	Hidromorfon	F : tab lepas lambat 8 mg, tab lepas lambat 16 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan.
	3	Kodein	F : Tab 10 mg, Tab 20 mg	Codein Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	Untuk penatalaksanaan nyeri sedang pada pasien kanker dewasa yang tidak dapat respons dengan NSAID, hanya dapat diberikan di FPKTL.	90 mg/hari.
				Codein Tab 20 mg			
			NF : Tab 10 mg, Tab 20 mg	Codikaf Tab 10 mg	PT. Pharmasolindo		
				Codikaf Tab 20 mg			
	+	Kombinasi : Kodein 30 mg & Paracetamol 500 mg	NF : Tab	Coditam Tab	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	4	Morfin	F : tab 10 mg	(Belum Tersedia)	-	Diberikan pada salah satu atau lebih kondisi berikut: a) Hanya untuk pemakaian pada	120– 180 tab/bln
			F : tab lepas lambat 10 mg, tab lepas lambat 15	(Belum Tersedia)	-		60 tab/bln

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			mg, tab lepas lambat 30 mg			tindakan anestesi atau perawatan di Rumah Sakit	
			NF : tab SR 10 mg	MST Continus Tab 10 mg	PT. Mahakam Beta Farma	b) Untuk mengatasi nyeri kanker yang tidak respon terhadap analgetik non narkotik	
			NF : tab SR 15 mg	Morfikaf SR Tab 15 mg	PT. Pharmasolindo	c) Untuk nyeri pada sindrom koroner akut	
			F : inj 10 mg/mL (i.m./s.k./i.v.)	Morfin Inj 10 mg/mL	PT. Kimia Farma Tbk.		Inf per 24 jam
	5	Oksikodon	F : Kaps 5 mg, Kaps 10 mg, Kaps 20 mg, Tab Lepas Lambat 10 mg, Tab Lepas Lambat 15 mg, Tab Lepas Lambat 20 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk nyeri berat yang memerlukan terapi opioid jangka panjang, <i>around-the clock</i> . b) Tidak untuk terapi <i>as needed</i> (prn). c) Pasien tidak memiliki gangguan respirasi. d) Harus dimulai dengan dosis paling rendah pada pasien yang belum pernah mendapat opioid sebelumnya.	60 Tab/Bulan
			F : lar oral 5 mg/5 ml, larutan oral concentrate 10 mg/ml	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk <i>breakthrough pain</i> dan <i>emergency pain</i> . b) Pasien tidak memiliki gangguan respirasi. c) Harus dimulai dengan dosis rendah pada pasien yang	2 btl/ bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						belum pernah mendapat opioid sebelumnya. Larutan oral concentrate : Tidak digunakan utk anak usia < 18 thn	
			F : Inj 10 mg/ ml	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk nyeri akut. b) Pasien tidak memiliki gangguan respirasi. c) Harus dimulai dengan dosis rendah pada pasien yang belum pernah mendapat opioid sebelumnya.	2 amp/hari
	6	Petidin	F : Inj 50 mg/mL (i.m./s.k./i.v.)	Pethidin Inj 50 mg/mL	PT. Kimia Farma Tbk.	a) Hanya untuk nyeri sedang hingga berat pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit. b) Tidak digunakan untuk nyeri kronis.	2 amp/hari
	7	Remifentanil	F : Inj 1 mg, Inj 2 mg, Inj 5 mg	(Belum tersedia)	-	Hanya untuk tindakan anestesi yang diberikan dokter Sp.An	-
	8	Sufentanil	F : Inj 5 mcg/mL (i.v.)	(Belum tersedia)	-	Hanya untuk tindakan anestesi yang diberikan dokter Sp.An	3 vial/kasus
			NF : Inj 5 mcg/mL (i.v.)	Sufenta Inj 5 mcg/ ml	PT. Dexa Medica		
1.2. ANALGESIK NON NARKOTIK							
	1	Asam Mefenamat	F: Kaps 250 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 kaps/bln
			F: Tab 500 mg	Asam Mefenamat Tab 500 mg	PT. Bernofarm	-	30 tab/bln
			NF : Tab 500 mg	Mefinal Tab 500 mg	PT. Sanbe Farma		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	Ibuprofen	F : Tab 200 mg*	Ibuprofen Tab 200 mg	PT. Fahrenheit	-	30 tab/Bulan
			F : Tab 400 mg*	Ibuprofen Tab 400 mg	PT. Fahrenheit	-	- Untuk nyeri akut : 14 tab/kasus - Untuk nyeri kronis : 60 tab/bln
			F : Susp 100 mg/ 5 ml*	Ibuprofen Sir 100 mg/5mL	PT. Bernofarm	-	1 Botol/Kasus
			NF : Susp 100 mg/ 5 ml	Bufect Sir 100 mg/5 mL	PT. Sanbe Farma		
			F : Susp 200 mg/ 5 ml*	Ibuprofen Sir F 200mg/5 mL	PT. Novapharin Pharmaceutical Industries	-	1 Botol/Kasus
			NF : Susp 200 mg/ 5 ml	Bufect Sir F 200mg/5 mL	PT. Sanbe Farma		
			F : Inj 100 mg/ ml	(Belum Tersedia)	-	Digunakan untuk analgesik perioperatif	Maks 3 vial/ kasus
			NF : Inj 100 mg/ ml	Peinlos Inj 400 mg /4mL	PT. Fahrenheit		
			NF : Supp	Proris Supp 125 mg	PT. Pharos Tbk.	-	-
	3	Ketoprofen	F : Inj 50 mg/mL	Ketoprofen Inj 50 mg/mL	PT. Bernofarm	-	-
			NF : Inj 50 mg/mL	Kaltrofen Inj 50 mg/mL	PT. Kalbe Farma Tbk.		
			F : Supp 100 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk nyeri sedang sampai berat pd pasien yg tdk dpt menggunakan analgetik scara oral.	2 supp/hari, maks 3 hari
			NF : Supp 100 mg	Protofen Supp 100 mg	PT. Pharmasolindo		
			NF : Tab 50 mg, Tab 100 mg	Ketoprofen Tab 50 mg	PT. Dexa Medica	-	-
				Ketoprofen Tab 100 mg			
				Kaltrofen Tab 50 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		
				Kaltrofen Tab 100 mg			

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	4	Ketorolac	F : Inj 30 mg / ml	Ketorolac Inj 30mg/mL	PT. Bernofarm	Untuk nyeri sedang sampai berat untuk pasien yang tidak dapat menggunakan analgetik secara oral.	2-3 amp/hari, maks 2 hari.
			NF : Inj 30 mg / ml	Remopain Inj 30 mg/mL	PT. Dexta Medica		
			NF : Tab 10 mg	Ketorolac Tab 10 mg	PT. Phapros Tbk.	-	-
	5	Metamizol	F : Inj 500 mg/ml	Metamizole Inj 500mg/mL	PT. Bernofarm	Untuk nyeri post operatif dan hanya dalam waktu singkat.	4 Amp slm dirawat
			NF : Tab	Metamizole Tab 500 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	-
			NF : Sir 50 mg/mL	Novalgine Sir 50 mg/mL	PT. Sanofi Aventis Indonesia	-	-
	+	Kombinasi : Metamizol 500 mg & diazepam 2 mg	NF : Tab	Analsik Tab	PT. Sanbe Farma	-	-
	+	Kombinasi : Metamizol 500 mg, Kafein 50 mg, Vit B1 50 mg, Vit B6 10 mg, Vit B12 10 µg	NF : Tab	Neuralgin Tab	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
	6	Natrium Diklofenak	F : Tab salut enterik 25 mg*	Natrium Diclofenak Tab 25 mg	PT. Phapros Tbk.	-	30 Tab/ bulan
			NF : Tab 25 mg	Flamar Tab 25 mg	PT. Sanbe Farma		
			F : Tab salut enterik 50 mg*	Natrium Diclofenak Tab 50 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	30 Tab/ bulan
			NF : Tab 50 mg	Flamar Tab 50 mg	PT. Sanbe Farma		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			F : Inj 25 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk nyeri akut pasca operasi.	maks 2 hari
			NF : Gel	Natrium Diclofenak Gel 20 g	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	7	Parasetamol	F : Tab 500 mg	Paracetamol Tab 500 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	180 tab/ bln
			NF : Tab 500 mg	Sanmol Tab 500 mg	PT. Sanbe Farma		
			F : Sir 120 mg/ 5 ml	Paracetamol Sir 120 mg/5 mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	2 Btl/Kasus
			NF : Sir 120 mg/ 5 ml	Sanmol Sir 120mg/5mL	PT. Sanbe Farma		
			NF : Sir 250 mg/5 ml	Sanmol Sir F 250mg/5 mL	PT. Sanbe Farma		
			F : Drops 100 mg/ml	Paracetamol Drops 100 mg/mL	PT. Bernofarm	-	1 Btl/Kasus
			NF : Drops 100 mg/ml	Sanmol Drops 100 mg/mL	PT. Sanbe Farma		
			F : Infus 10 mg/ml	Paracetamol Infus 10 mg/ml	PT. Bernofarm	Hanya untuk pasien di ruang perawatan intensif yang memerlukan analgesik berkelanjutan.	3 Botol/Kasus
			NF : Supp 125 mg, Supp 250 mg	Pamol Supp 125 mg	PT. Interbat	-	-
				Pamol Supp 250 mg			
	+	Kombinasi : Parasetamol 500 mg, Vit B1 50 mg, Vit B6 100 mg, Vit B12 100 µg	NF : Tab	Doloneurobion Tab	PT. Merck Indonesia Tbk.	-	-
	8	Selekoksib	F : kaps 100 mg, 200 mg	Celecoxib Kaps 100 mg		a) Hanya untuk pasien yang	30 kaps/ bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
				Celecoxib Kaps 200 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	sebelumnya menggunakan NSAID konvensional, dan mengalami iritasi saluran cerna atau pasien dengan riwayat iritasi saluran cerna. b) Untuk osteoarthritis, reumatoid arthritis, atau ankylosing spondylitis, dengan perhatian khusus pada pasien dengan riwayat penyakit kardiovaskular	
	9	Tramadol	F : Inj 50 mg/ ml	Tramadol Inj 50 mg/ml	PT. Interbat	Hanya untuk nyeri sedang sampai berat	-
F : Kaps 50 mg			Tramadol Kaps 50 mg	PT. Bernofarm	2 amp/hari, maks 3 hari dalam 1 bulan		
NF : Kaps 50 mg			Dolgesik Kaps 50 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana			
	+	Kombinasi : Tramadol 37.5 mg & Parasetamol 325 mg	NF : Tab	Ulcetra Tab	PT. Pertiwi Agung (Landson)	-	-
	+	Deksketoprofen	NF : Inj 25 mg/mL	Dexketoprofen Inj 50 mg/ 2 mL	PT. Mahakam Beta Farma	-	-
			NF : Tab 25 mg	Dexketoprofen Tab 25 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	+	Etorikoksib	NF : Tab 60 mg, Tab 90 mg	Etoricoxib Tab 60 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
Etoricoxib Tab 90 mg							
Orinox Tab 60 mg				PT. Dexta Medica			
Orinox Tab 90 mg							

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Meloksikam	NF : Tab 7,5mg, Tab 15mg	Meloxicam Tab 7,5 mg	PT. Mahakam Beta Farma	-	-
				Meloxicam Tab 15 mg			
	+	Piroksikam	NF : Kaps 10 mg, 20 mg	Piroxicam Kaps 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
				Piroxicam Kaps 20 mg			
	+	Kalium Diklofenak	NF : Tab 25 mg, Tab 50 mg	Kalium Diklofenak Tab 25 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	-
				Cataflam Tab 25 mg	PT. Novartis Indonesia		
				Kalium Diklofenak Tab 50 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
				Cataflam Tab 50 mg	PT. Novartis Indonesia		
1.3. ANTIPIRAI							
	1	Alopurinol	F : Tab 100 mg*	Allopurinol Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	Tidak diberikan pada saat Nyeri Akut.	30 Tab /Bulan
			F : Tab 300 mg	Allopurinol Tab 300 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories		60 Tab /Bulan
	2	Febuxostat	F : Tab 40 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk artritis gout dengan alergi alopurinol. b) Diresepkan oleh dokter Sp.PD	60 Tab /Bulan
			NF : Tab 40 mg	Genalsik Tab 40 mg	PT. Fahrenheit		
			NF : Tab 80 mg	Genalsik Tab 80 mg			
	3	Kolkisin	F : Tab 500 mcg	Colchicine Tab 0,5 mg	PT. Combiphar PT. LAPI Laboratories	-	30 Tab /Bulan
	4	Probenesid	F : Tab 500 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 Tab/ bulan
	1.4. NYERI NEUROPATIK						
	1	Amitriptilin	F : Tab 25 mg	Amitriptilline Tab 25 mg	PT. Indofarma Tbk.	-	30 Tab/ bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	Gabapentin	F : Kaps 100 mg	Gabapentin Kaps 100 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	Hanya untuk neuralgia pascaherpes atau nyeri neuropati diabetik.	90 kaps/ bulan
			NF : Kaps 100 mg	Alpentin Kaps 100 mg	PT. Actavis Indonesia		
			F : Kaps 300 mg	Gabapentin Kaps 300 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories		
			NF : Kaps 300 mg	Alpentin Kaps 300 mg	PT. Actavis Indonesia		
	3	Karbamazepin	F : Tab 200 mg	Carbamazepine Tab 200 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	Hanya untuk neuralgia trigeminal.	120 Tab/bulan
			NF : Tab 200 mg	Bamgetol Tab 200 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		
	4	Pregabalin	F : kaps 50 mg	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk neuralgia pasca herpes atau nyeri neuropati diabetik.	30 kaps/bulan
			F : Kaps 75 mg	Pregabalin Kaps 75 mg	PT. AmaroX Pharma Global		120 kaps/bulan
			NF : Kaps 75 mg	Provelyn Kaps 75 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		
2. ANASTETIK							
2.1. ANASTETIK LOKAL							
	1	Bupivakain	F : Inj 0,5%	Bupivakain HCl Inj 0,5 %	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	2	Bupivakain <i>Heavy</i>	F : Inj 0,5% + glukosa 8%	Bupivakain Spinal Heavy Inj	PT. Etercon Pharma	Khusus untuk analgesia spinal.	-
			NF : Inj 0,5% + glukosa 8%	Bunascan Spinal Heavy Inj 0,5%	PT. Fahrenheit		
	3	Etil Chlorida	F : <i>Spray</i> 100 ml	(Belum Tersedia)	-	-	-
	4	Lidocain	F : Inj 2%	Lidocain Inj 2% 2ml	PT. Bernofarm	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			F : gel 2%	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : oint	Haemocain Oint	PT. Galenium Pharmasia Laboratories	-	-
			F : <i>spray</i> topical 10%	(Belum Tersedia)	-	-	-
	+	Kombinasi : Lidocain 20 mg & Epinefrin 0.0125mg/ml	NF : Inj	Pehacain Inj	PT. Phapros Tbk.	-	-
	5	Ropivakain	F : inj 7,5 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : Inj 7,5 mg/mL	Ropivell Inj 7,5 mg/ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
2.2. ANASTETIK UMUM DAN OKSIGEN							
	1	Deksmedetomidin	F : Inj 100 mcg/ml	(Belum Tersedia)	-	Untuk sedasi pada pasien di ICU, kraniotomi, bedah jantung dan operasi yang memerlukan waktu pembedahan yang lama.	-
	2	Desfluran	F: ih	(Belum Tersedia)	-		-
			NF: ih	Suprane Inhalation Sol 240 mL	PT. Kalbe Farma Tbk.		
	3	Isofluran	F : ih	Isofluran inhalasi 100 ml	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	-
				Isofluran inhalasi 250 mg			
	4	Ketamin	F : Inj 50 mg/ml (i.v), Inj 100 mg/ml (i.v)	Ketamin Inj 50 mg	PT. Bernofarm	-	-
				Ketamin Inj 100 mg			
	5	Nitrogen Oksida	F : ih, gas dalam tabung	Nitrogen	PT. Samator Gas	-	-
	6	Oksigen	F : ih, gas dalam tabung	Oksigen	PT. Samator Gas	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	7	Propofol	F : Inj 1 %	Propofol Inj 1% 20 ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
			NF : Inj 1%	Fresofol 1% 20 ml	PT. Fresenius Kabi Indonesia		
	8	Sevofluran	F : Cairan Inhalasi	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : Cairan Inhalasi	Sevoflurane Baxter 250 ml	PT. Finusolprima Farma Internasional		
	9	Tiopental	F: Inj 500 mg (i.v), inj 1.000 mg (i.v)	(Belum Tersedia)	-	-	-
	+	Levobupivakain	NF : Inj	Levica inj 5 mg/ml	PT. Dexta Medica	-	-
2.3. OBAT UNTUK PROSEDUR PRE OPERATIF							
	1	Atropin	F : Inj 0,25 mg/mL (i.v./s.k.)	Atropine Sulfas Inj 0,25 mg/mL	PT. Indofarma Tbk.	-	-
	2	Diazepam	F : Inj 5 mg/mL	Diazepam Inj 5 mg/mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	-
			NF : Inj Inj 5 mg/mL	Valdimex Inj 5 mg/mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		
	3	Klorat Hidrat	F : Lar	(Belum Tersedia)	-	-	-
	4	Midazolam	F : Inj 1 mg/mL (i.v.)	Midazolam HCl Inj 5mg/5ml	PT. Ethica Industri Farmasi	Dpt digunakan utk premedikasi sebelum induksi anestesi dan rumatan untuk sedasi di ruang perawatan intensif Untuk <i>Inj 5 mg/mL</i> : Hanya digunakan untuk sedasi pd pasien di ruang perawatan intensif.	- Dosis rumatan: 1 mg/jam (24 mg/hari). - Dosis premed: 8 vial/kasus.
			NF : Inj 1 mg/mL (i.v.)	Fortanest Inj 5 mg/ 5 mL	PT. Kalbe Farma Tbk.		
			F : Inj 5 mg/mL (i.v.)	Midazolam HCl Inj 15mg/3ml	PT. Ethica Industri Farmasi		
			NF : Inj 5 mg/mL (i.v.)	Fortanest Inj 15 mg/3 mL	PT. Kalbe Farma Tbk.		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
3. ANTIALERGI & OBAT UNTUK ANAFILAKSIS							
	1	Deksametason	F : Inj 5 mg/mL	Dexamethasone Inj 5 mg/ml	PT. Bernofarm	-	20 mg/hari
			NF : Tab 0,5 mg	Dexamethasone Tab 0,5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	+	Kombinasi : Dexametason 500 mcg, Dexchlorpheniramine maleate 2 mg	NF : Sir, Tab	Dextamin Tab	PT. Phapros Tbk.	-	-
	2	Difenhidramin	F : Inj 10 mg/mL (i.v./i.m.)	Diphenhidramin Inj 10 mg/ml	PT. Bernofarm	-	30 mg/hari
			NF : Inj 10 mg/mL	Recodryl Inj 10 mg/ml	PT. Global Multi Pharmalab		
	3	Epinefrin (Adrenalin)	F : Inj 1 mg/ml	Epinephrine Inj 1 mg/mL	PT. Phapros Tbk.	-	-
	4	Hidrokortison	F : Inj 100 mg	Hidrokortison Inj 100 mg	PT. LAPI Laboratories	-	-
	5	Klorfeniramin	F : Tab 4 mg	CTM Tab 4 mg	PT. Novapharin Pharmaceutical Industries	-	3 tab/hari, maks 5 hari
	6	Loratadin	F : Tab 10 mg	Loratadin Tab 10 mg	PT. Novapharin Pharmaceutical Industries	-	- Urtikaria Akut : 1 tab /hari, maks 5 hari, dilakukan di FPKTP. - Urtikaria kronik: maks 30 tab /bln, <i>hanya</i>

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	7	Setirizin					<i>dilakukan di FPKTL.</i>
			NF : Sir 5 mg/5 mL	Loratadin Sir	PT. Mulia Farma Suci	-	-
			F : Tab 10 mg	Cetirizine Tab 10 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	- Urtikaria akut: 1 tab/hari, maks 5 hari
			NF : Tab 10 mg	Incidal OD Tab 10 mg	PT. Bayer Indonesia	-	- Urtikaria kronik: maks 30 tab/bulan
			F : Sir 5 mg/ 5 ml	Cetirizine Sir 5 mg/5 mL	PT. Kimia Farma Tbk.		1 Botol/kasus
			NF : Sir 5 mg/ 5ml	Histrine Sir 5 mg/5 mL	PT. Ferron Par Pharmaceuticals		
			NF : Drops 10 mg/mL	Cetirizine Drops 10 mg/ml	PT. Indofarma Tbk.	-	-
				Ozen Drops 10 mg/mL	PT. Pharos Tbk.	-	-
			NF : Tab	Ryvel Plus SR Tab	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
			NF : Tab	Heptasan Tab 4 mg	PT. Sanbe Farma	-	-
			NF : Sir	Proceles Sir	PT. Meprofarm Pharmaceutical Industries	-	-
			NF : Tab 10 mg	Rupafin Tab 10 mg	PT. Nicholas Laboratories	-	-
			NF : Tab 10 mg	Isivas Tab 10 mg	PT. Fahrenheit	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
4. ANTIDOT & OBAT LAIN UNTUK KERACUNAN							
4.1. KHUSUS							
	1	Atropin	F : Inj 0,25 mg/mL (i.v.)	Atropine Sulfas Inj 0,25 mg/mL	PT. Indofarma Tbk.	-	-
			F : Tab 0,5 mg	(Belum Tersedia)	-		
	2	Kalsium Glukonat	F : Inj 10%	Ca Gluconas Inj 100 mg/ml	PT. Ethica Industri Farmasi	-	-
	3	Nalokson	F : Inj 0,4 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk mengatasi depresi pernapasan akibat morfin atau opioid	-
			NF : Inj 0,4 mg/mL	Nokoba Inj 0,4 mg/ml	PT. Fahrenheit		
	4	Natrium Bikarbonat	F : Tab 500 mg	Bic Na Kaps 500 mg	PT. Brataco Chemika	-	-
			F : Inj 8,4% (i.v.)	(Belum Tersedia)	-	<i>High alert medicine.</i>	-
			NF : Inj 8,4% (i.v.)	Meylon Inj 8,4% 25 mL	PT. Otsuka Indonesia		
	5	Natrium Tiosulfat	F : Inj 25% (i.v.)	(Belum Tersedia)	-	-	-
	6	Neostigmin	F : Inj 0,5 mg/mL	Neostigmin inj 0,5 mg/ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	7	Protamin Sulfat	F : Inj 10 mg/mL (i.m.)	Protamine Sulphate Inj 10 mg/ml	PT. Fresenius Kabi Indonesia	-	-
4.2. UMUM							
	1	Magnesium Sulfat	F : Serb	(Belum Tersedia)	-	-	-
5. ANTIEPILEPSI - ANTIKONVULSI							
	1	Diazepam	F : Inj 5 mg/mL	Diazepam Inj 5 mg/mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	Tidak untuk i.m.	

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : Inj Inj 5 mg/mL	Valdimex Inj 5 mg/mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		10 amp/kasus, kecuali untuk kasus di ICU.
			F : Enema 5 mg/2,5 mL, Enema 10 mg/2,5 mL	(Belum Tersedia)	-		2 tube/hari, bila kejang
			NF : Enema 5 mg/2,5 mL	Stesolid Enema 5 mg/2,5 mL	PT. Actavis Indonesia		
			NF : Tab 2 mg	Diazepam Tab 2 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	-
				Valisanbe Tab 2 mg	PT. Sanbe Farma		
	2	Fenitoin	F : Kaps 30 mg*	(Belum Tersedia)	-	-	90 kaps/bln
			F : Kaps 100 mg*	Phenytoin Kaps 100 mg	PT. Ikapharmindo Putramas Tbk.	-	120 kaps/bln
			F : Inj 50 mg/ml	Phenytoin Inj 50 mg/ml	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	-
	3	Fenobarbital	F : Tab 30 mg*	Phenobarbital Tab 30 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	120 tab/bln
			F : Tab 100 mg*	(Belum Tersedia)	-		60 tab/bln
			F : Inj 50 mg/mL	Phenobarbital Inj 50mg/ml	PT. Phapros Tbk.		40 mg/kg BB
			F : inj 100 mg/mL	(Belum Tersedia)	-		-
			NF : Inj	Sibital Inj 200 mg/2 mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		
	4	Karbamazepin*	F : Tab 200 mg	Carbamazepine Tab 200 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	120 tab/bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : Tab 200 mg	Bamgetol Tab 200 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		
			F : Sir 100 mg/5 ml	(Belum Tersedia)	-	-	4 botol/ bln
	5	Klonazepam	F : Tab 2 mg	Clonazepam Tab 2 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	30 Tab/ bulan
			NF : Tab	Riklona Tab 2 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		
	6	Lamotrigin	F: Tab Dispersible 25 mg	(Belum Tersedia)	-	Tidak digunakan sebagai lini pertama untuk epilepsi	30 tab/bulan (hanya untuk titrasi dosis).
			F: Tab 50 mg	(Belum Tersedia)	-		400 mg/hari
			F: Tab 100 mg	Lamotrigin Tab 100 mg	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)		120 tab/bln
	7	Levetirasetam	F : Tab 250 mg	Levetiracetam Tab 250 mg	PT. AmaroX Pharma Global	Sebagai terapi tambahan pada pasien epilepsi onset parsial.	60 tab/bulan
			F : Tab 500 mg	Levetiracetam Tab 500 mg			90 tab/bulan
	8	Magnesium Sulfat	F : Inj 20 %, Inj 40 %	MgSO4 Inj 20% 25 mL	PT. Otsuka Indonesia	Hanya untuk kejang pada preeklampsia dan eklampsia. Tidak digunakan untuk kejang lainnya.	-
				MgSO4 Inj 40% 25 mL			
	9	Okskarbazepin	F : susp 60 mg/mL*	(Belum tersedia)	-	-	-
	10	Topiramat	F : Tab 25 mg, Tab 50 mg	(Belum tersedia)	-	Digunakan untuk terapi pada epilepsi parsial.	-
			NF : Tab 25 mg, Tab 50 mg	Topamax Tab 25 mg	Janssen / PT. SOHO Industri Pharmasi		
				Topamax Tab 50 mg			

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN	
			F : Tab 100 mg	(Belum tersedia)	-		90 Tab/ bulan	
			NF : Tab 100 mg	Topamax Tab 100 mg	Janssen / PT. SOHO Industri Pharmasi			
	11	Valproat*	F :Tab lepas lambat 250mg	Asam Valproat Tab 250 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	Dapat digunakan untuk epilepsi umum (<i>general epilepsy</i>).	120 tab/bln	
			NF : Tab 250 mg	Depakote Tab 250 mg	PT. Abbott Indonesia		60 tab/bulan	
			F :Tab lepas lambat 500mg	(Belum tersedia)	-			
			NF : Tab ER 500 mg	Depakote Tab ER 500 mg	PT. Abbott Indonesia			
			F : Tab sal enterik 250 mg	(Belum tersedia)	-			90 tab/bulan
			NF : Tab ER 250 mg	Depakote Tab ER 250 mg	PT. Abbott Indonesia			
			F : Sir 250 mg/ 5 ml	Asam Valproat Sir 250 mg/5 mL	PT. Dexa Medica		5 btl/bulan	
	12	Zonisamid	F : tab sal selaput 100 mg	(Belum tersedia)	-	Hanya digunakan pada pasien yang sudah pernah mendapat topiramat atau levetirasetam, namun tidak mencapai remisi (bebas serangan 1 tahun berturut-turut).	60 tab/bulan	
	+	Piracetam	NF : Inf 200 mg/ml	Piracetam Inj 1 g	PT. Bernofarm	-	-	
				Piracetam Inj 3 g				
			NF : Tab 400 mg, Tab 800 mg, Tab 1200 mg	Piracetam Tab 400 mg	PT. Bernofarm			
				Piracetam Tab 800 mg				
		Piracetam Tab 1200 mg						

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
6. ANTIINFEKSI							
6.1. ANTELMINTIK							
6.1.1. Antelmintik Intestinal							
	1	Albendazol	F : Tab 400 mg, Susp 200 mg/5 mL, Susp 400 mg/10 mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Mebendazol	F : Tab 100 mg, 500 mg, Sir 100mg/5 mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
	3	Pirantel Pamoat	F: Tab 125 mg, Tab 250 mg, Susp 125 mg/5 ml	Pirantel Pamoat Tab 125 mg	PT. Holi Pharma	-	-
				Pirantel Pamoat Susp 125 mg/5 ml			
			NF : Sir 125 mg/5 ml, Tab 250 mg	Combantrin Sir 125 mg/5 ml	PT. Pfizer Indonesia		
				Combantrin Tab 250 mg			
	4	Prazikuantel	F : Tab : 600 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
6.1.2. Antifilaria							
	1	Dietilkarbamazepin	F : Tab 100 mg	(Belum Tersedia)	-	Tidak digunakan untuk ibu hamil dan menyusui.	-
	2	ivermektin	F : Tab 3 mg	(Belum Tersedia)	-	<i>Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>	-
6.1.3. Antisistosoma							
	1	Prazikuantel	F : Tab 600 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk daerah Sulawesi Tengah	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						b) Khusus di Kalsel untuk pengobatan <i>Fasciolopsis buski</i> .	
6.2. ANTIBAKTERI							
6.2.1. Beta laktam							
	1	Amoxicillin	F : Tab 250 mg	(Belum Tersedia)	-	-	10 Hari
			F : Tab 500 mg	Amoxicillin Tab 500 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	
			NF : Tab 500 mg	Amoxsan Kaps 500 mg	PT. Sanbe Farma	-	
			F : Drops 100 mg/ml, Sir Kering 125 mg/5 ml, Sir kering 250 mg/5 ml	Amoxicillin Sir 125 mg/ 5 mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	1 btl/kasus.
				Amoxicillin Sir F 250 mg/ 5mL		-	
			NF : Sir 125 mg/5mL, Sir F 250 mg/5mL, Drops 100 mg/mL	Amoxsan Sir 125 mg/5mL	PT. Sanbe Farma	-	-
				Amoxsan Sir F 250 mg/ 5mL		-	
				Amoxsan Paed Drops 100 mg/ml		-	
			F : Inj 1 g	Amoxicillin Inj 1 g	PT. Phapros Tbk.	-	-
			NF : Inj 1 g	Amoxsan Inj 1 g	PT. Sanbe Farma	-	
	2	Ampisilin	F : Inj 250 mg (i.m./i.v), Inj 1000 mg (i.v)	Ampicillin Inj 1 g	PT. Bernofarm	-	10 hari
	3	Benzatin Benzil Penisilin	F : Inj 1,2 Juta IU/ml (i.m.)	(Belum Tersedia)	-	-	2 amp/bulan
			F : Inj 2,4 juta IU/mL (i.m.)	(Belum Tersedia)	-	-	1 amp/bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	4	Fenoksimetil penisilin (penisilin V)	F : Tab 250 mg	(Belum Tersedia)	-	-	40 Tab/ bln.
			F : Tab 500 mg	(Belum Tersedia)	-	-	20 Tab/ bln
	5	Kombinasi mengandung: Amoksisilin 500 mg & Asam klavulanat 125 mg	F : Tab 625 mg	Co-Amoxiclav Tab 625 mg	PT. Meprofarm Pharmaceutical Industries	Hanya untuk terapi lanjutan untuk pasien yang sebelumnya mendapatkan antibiotik parenteral amoksisilin-asam klavulanat atau sesuai hasil uji resistensi. <i>Catatan: Direkonstitusi sesaat sebelum digunakan untuk mencegah hilangnya efikasi asam klavulanat, disimpan dalam lemari pendingin, dan digunakan tidak lebih dari 7 hari setelah direkonstitusi.</i>	-
	6	kombinasi mengandung: Amoksisilin 125 mg & Asam klavulanat 31,25 mg	F : Sir Kering	Co-Amoxiclav Sir 125mg /5ml	PT. Dexta Medica		-
			NF : Sir 125 mg/5 mL	Claneksi Sir 125 mg/5mL	PT. Sanbe Farma		-
	7	kombinasi mengandung: Amoksisilin 250 mg & Asam klavulanat 62,50 mg	F : Sir Kering	(Belum Tersedia)	-		-
			NF : Sir Forte 250 mg/5 mL	Claneksi Sir F 250 mg /5mL	PT. Sanbe Farma		-
	8	kombinasi mengandung: Amoksisilin 1000 mg & Asam klavulanat 200 mg	F : inj 1.200 mg	(Belum Tersedia)	-	<i>Catatan: Direkonstitusi sesaat sebelum disuntikkan untuk mencegah hilangnya efikasi asam klavulanat.</i>	-
	9	Kombinasi mengandung: Ampisilin 500 mg & Sulbaktam 250 mg	F : serb Inj 750 mg	Ampicilline sulbactam Inj 750 mg	PT. Meiji Indonesia	-	10 hari
	10	Kombinasi mengandung: Ampisilin 1000 mg & Sulbaktam 500 mg	F : Inj 1.500 mg	Ampicilline sulbactam Inj 1500 mg	PT. Meiji Indonesia	-	10 hari

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Sultamicillin Tab 375 mg (Ampicilline dan Sulbactam)	NF : Tab 375 mg	Bactesyn Tab 375 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
	11	Kombinasi mengandung: Sefoperazon 500 mg & Sulbaktam 500 mg	F : serb inj 1.000 mg	Cefoperazone Sulbactam Inj 1 g	PT. Bernofarm	Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/Direktur untuk: a) Antibiotik kategori <i>Watch</i> b) Ketika antibiotik kategori <i>Access</i> tidak efektif c) Infeksi berat yang tidak bisa diatasi dengan sefoperazon tunggal.	10 hari.
			NF : serb inj 1.000 mg	Cefratam Inj 1 g	PT. Dexe Medica		
	12	Prokain Benzilpenisilin	F : Inj 3 Juta IU (i.m.)	(Belum Tersedia)	-	-	3 vial/kasus
	13	Sefadroksil	F : Kaps 250 mg, Kaps 500 mg	Cefadroxil Kaps 500 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	5 hari
			NF : Kaps 500 mg	Cefat Kaps 500 mg	PT. Sanbe Farma		
			F : Sir kering 125 mg/5 ml, Sir kering 250 mg/5 ml	Cefadroxil Sir kering 125 mg/5ml	PT. Mutiara Mukti Farma	-	1 btl/kasus
				Cefadroxil Sir F kering 250 mg/5 ml			
			NF : Sir kering 125 mg/5 ml, Sir kering 250 mg/5ml	Cefat Sir kering 125 mg/5mL	PT. Sanbe Farma		
				Cefat Sir F kering 250 mg/5 ml			
			F : drops 150 mg/ml	Cefadroxil Drop	PT. LAPI Laboratories	-	1 btl/kasus
	NF : Drop 150 mg/ ml	Renastin Drop 15 ml	PT. Fahrenheit				

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	14	Sefaleksin	F : Kaps 500 mg	(Belum Tersedia)	-	-	5 hari
	15	Sefazolin	F : Inj 1.000 mg	Cefazolin Inj 1 g	PT. Dexa Medica	Digunakan pada profilaksis bedah untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi	selama 24 jam
	16	Sefepim	F : Inj 1.000 mg	Cefepim Inj 1 g	PT. Dexa Medica	a) Antibiotik lini ketiga (<i>reserved antibiotic</i>). Diberikan atas persetujuan KPRA/Direktur . b) Untuk demam neutropenia karena penggunaan kemoterapi atau radioterapi, dapat diberikan sebagai terapi empiris.	3 g/hari sampai ANC > 500/mm ³
	17	Sefiksim	F : Kaps 100 mg, Kaps 200 mg	Cefixime Kaps 100 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	Hanya untuk pasien rawat inap yang sebelumnya mendapatkan antibiotik parenteral sefalosporin generasi tiga atau sesuai hasil uji resistensi.	10 hari
				Cefixime Kaps 200 mg	PT. Bernofarm		
			NF : Kaps 100 mg, Kaps 200 mg	Cefila Kaps 100 mg	PT. LAPI Laboratories		
				Cefila Kaps 200 mg			
			F : Sir 100 mg/5 ml	Cefixime Sir 100 mg/5 mL	PT. Hexpharm Jaya Laboratories		1 btl/kasus
			NF : Sir 100 mg/5 ml	Cefila Sir 100 mg/5 ml	PT. LAPI Laboratories		
	18	Sefoperazon	F : serb inj 1.000 mg	Cefoperazone inj 1 g	PT. Interbat	Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/Direktur untuk: a) Antibiotik kategori <i>Watch</i>	3 g/hari selama 7 hari.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						b) Ketika antibiotic kategori Access tidak efektif c) Mengatasi infeksi pada pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal.	
	19	Sefotaksim	F : serb Inj 500 mg, Inj 1 g	Cefotaxime inj 1 g	PT. Dexa Medica	-	10 hari
			NF : Inj 1 g	Taxegram Serbuk Inj 1 g	PT. Sanbe Farma		
	20	Sefpirom	F : serb Inj 1.000 mg	Cefpirome Inj 1 g	PT. Dexa Medica	a) Antibiotik lini ketiga (<i>reserved antibiotic</i>). Diberikan atas persetujuan KPRA/Direktur . b) Untuk demam neutropenia krn penggunaan kemoterapi atau radioterapi, dpt diberikan sbgi terapi empiris.	3 g/hari sampai ANC > 500/mm3.
	21	Seftazidim	F : serb Inj 1.000 mg	Ceftazidim Inj 1 g	PT. Bernofarm	Antibiotik lini ketiga (<i>reserved antibiotic</i>), untuk infeksi yang terbukti disebabkan oleh <i>Pseudomonas aeruginosa</i> . Diberikan atas persetujuan KPRA/Direktur .	3 g/ hari selama 7 hari
	22	Seftriakson	F : Inj 1.000 mg	Ceftriaxone Inj 1 g	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	2 g/hari slm 7 hr. Utk meningitis 4 g/hari selm 14 hr
			NF : Inj 1.000 mg	Tricefin Inj 1 g	PT. Dexa Medica		
	23	Sefuroksim	F : Tab sal selaput 250 mg, Tab sal sel 500 mg	(Belum Tersedia)	-	-	10 Tab/ kasus
			F : serb Inj 750 mg	Cefuroxime Inj 750 mg	PT. Dexa Medica	-	3 g/ kasus

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : Inj 750 mg	Sharox Inj 750 mg	PT. Fahrenheit		
	+	Kombinasi : Piperasilin 4g & Tazobaktam 0,5 mg	NF : Inj 4,5 g	Tazam Inj 4g/ 0,5mg	PT. Kalbe Farma Tbk	Penggunaan harus berdasarkan hasil kultur dan persetujuan KPRA	
6.2.2. Antibakteri Lain							
6.2.2.1. Tetrasiklin							
	1	Doksisiklin	F : Kaps 50 mg, Kaps 100 mg	Doxycycline Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun dan ibu hamil dan menyusui Kaps 50 mg : Hanya untuk penggunaan pada mata dan kulit.	- 2 Kaps/hari Slm 10 Hari - <i>A. vulgaris</i> : 50-100 mg/ hari hingga 12 minggu
	2	Oksitetrasiklin	F : Inj 50 mg/mL (i.m.)	(Belum Tersedia)	-	-	-
	3	Tetrasiklin	F : Kaps 250 mg, Kaps 500 mg	Tetracycline Kaps 250 mg Tetracycline Kaps 500 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun dan ibu hamil dan menyusui.	4 Kaps/hari selama 5 hari.
6.2.2.2. Kloramfenikol							
	1	Kloramfenikol	F : Kaps 250, Kaps 500 mg	Chloramphenicol Kaps 250 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	4 Kaps/hr slm 5 hr meningitis: - Ank : 2g/ hr slm 14 hr - Dws : 4g/ hr slm 14 hr
			F : Susp 125 mg/5 ml	Chloramphenicol Sir 125 mg/ 5 ml	PT. Novapharin Pharmaceutical Industries	-	5 hr. Ut menigitis: maks 14 hr

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			F : Inj 1.000 mg	(Belum Tersedia)	-	-	14 hari
			NF : Inj 1 g	Colsancetin Inj 1 g	PT. Sanbe Farma		
	+	Thiamphenicol	NF : Kaps 500 mg, Sir 125 mg/5 mL	Thiampenicol Kaps 500 mg	PT. Bernofarm	-	-
				Biothicol Kaps 500 mg	PT. Sanbe Farma		
				Biothicol Sir 125 mg/5 mL			
6.2.2.3. Sulfametoksazol-Trimetoprim							
	1	Kotrimoksazol (Dewasa) : Sulfametoxsazole 400 mg & Trimetoprim 80 mg	F : Tab 400/80 mg	Cotrimoksazol Tab 480 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	4 Tab/hari selama 10 hari kecuali pada <i>imunocompromised</i> selama 21 hari
			NF : Tab 480 mg	Sanprima Tab 480 mg	PT. Sanbe Farma		
	2	Kotrimoksazol Forte (Dewasa) : Sulfametoxsazole 800 mg & Trimetoprim 160 mg	F : Tab 800/160 mg	Cotrimoksazol Tab 960 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	– Profilaksis pada pasien HIV: 1 tab/hari sampai CD4 > 200 sel/mikrolite. – Infeksi yang sensitif terhadap kotrimoksazol: 2 tab/hari selama 10 hari. – PCP: 3-6 tab/hari selama 21-28 hari.
			NF : Tab 960 mg	Sanprima F Tab 960 mg	PT. Sanbe Farma		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	3	Kotrimoksazol : Sulfametoxazole 200 mg & Trimetoprim 40 mg	F : Susp 200/40 mg per 5 ml NF : Susp 200/40 mg per 5 ml	Cotrimoksazol Susp 240 mg/ 5 ml Sanprima Sir 240mg/5ml	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana PT. Sanbe Farma	-	5 hari
6.2.2.4. Makrolid							
	1	Azitromisin	F : Tab 250 mg, Tab sal selaput 500 mg, Sir kering 200 mg/5 ml, serb Inj 500 mg NF : Tab 500 mg	Azithromycin Tab 500 mg Azithromycin Inj 500 mg Zithromax Tab 500 mg	PT. Bernofarm PT. Bernofarm PT. Pfizer Indonesia	Diberikan atas persetujuan KPRA/Direktur , untuk : a) Antibiotik kategori <i>Watch</i> . b) Ketika antibiotik kategori Access tidak efektif.	3 hari
	2	Eritromisin	F : Tab 250 mg, Tab 500 mg NF : Tab 500 mg F : Sir kering 200 mg/5 ml NF : cream	(Belum Tersedia) Erysanbe Tab 500 mg (Belum Tersedia) Erymed Cr 20 g	- PT. Sanbe Farma - PT. Surya Dermato Medica Laboratories	- - - -	- 4 Kaps/hr slm 10 hr - Untuk <i>Streptococcus pyogenes</i> dan difteri : 10 hari - 5 hari - Untuk <i>Streptococcus pyogenes</i> dan difteri : 10 hari -
	3	Klaritromisin	F : Tab sal selaput 500 mg, Sir kering 125	Clarithromycin Tab 500 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	14 hari

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			mg/5ml, Sir kering 250 mg/5 ml				
			NF : Tab sal selaput 500 mg	Clarolid Kaps 500 mg	PT. Nulab Pharmaceutical Indonesia		
	4	Spiramisin	F : Tab sal selaput 500 mg	Spiramycin Tab 500 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	Dapat digunakan untuk toksoplasmosis pada kehamilan.	3 g/hr selama 6 minggu
6.2.2.5. Aminoglikosida							
	1	Amikasin	F : Inj 250 mg/ml	Amikasin Inj 500 mg/2 ml	PT. Ethica Industri Farmasi	Hanya digunakan untuk infeksi oleh bakteri gram negatif yang resisten terhadap gentamisin.	-
			NF : Inj 500 mg/ml	Glybotic Inj 500 mg	PT. Sanbe Farma		
	2	Gentamisin	F : Inj 40 mg/ml	Gentamisin Inj 40 mg/ ml	PT. Indofarma Tbk.	-	-
			NF : Inj 40 mg/ml	Ottogenta Inj 40 mg/ ml	PT. Otto Pharmaceutical Industries		
	3	Streptomisin	F : Serb Inj 1.000 mg	Streptomycin Serb Inj 1 g	PT. Phapros Tbk.	-	-
	6.2.2.6. Kuinolon						
	1	Levofloksasin	F : Tab sal selaput 500 mg	Levofloxacin Tab 500 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui.	10 hari
			NF : Tab sal selaput 500 mg	Cravox Tab 500 mg	PT. LAPI Laboratories		
			F : Inf 5 mg/ml	Levofloxacin Inf 500 mg	PT. Bernofarm		
				Levofloxacin Inf 750 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
			NF : Inf 5 mg/ml	Cravox Inf 5 mg/mL	PT. LAPI Laboratories		
	2	Moksifloksasin	F : Tab sal selaput 400 mg	Moxifloxacin Tab 400 mg	PT. AmaroX Pharma Global		10 hari

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : Tab sal selaput 400mg	Garena Tab 400 mg	PT. Fahrenheit	Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui. masuk kategori Watch	
			F : Inf 1.6 mg/ml	Moxifloxacin Inf 400 mg/250 mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
	3	Ofloksasin	F : Tab sal selaput 200 mg, Tab sal selaput 400 mg	(Belum Tersedia)	-	Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui.	10 hari
	4	Siprofloksasin	F : Tab 500 mg	Ciprofloxacin Tab 500 mg	PT. Bernofarm	Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui.	-
			NF : Tab 500 mg	Baquinor F Tab 500 mg	PT. Sanbe Farma		4 botol/hari
			F : Inf 2 mg/ml	Ciprofloxacin Inf 200 mg/100 mL	PT. Hexpharm Jaya Laboratories		
6.2.2.7. Linkosamid							
	1	Klindamisin	F : Kaps 150 mg	Clindamycin Kaps 150 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	4 kaps/hr selama 5 hr kecuali untuk toksoplasmosis slm 6 minggu.
			F : Kaps 300 mg	Clindamycin Kaps 300 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		- 4 kaps/hr slm 5 hr kecuali utk toksoplasmosis 8 kaps/hr selama 6 minggu. - untuk abses paru/empiema: 3-4 kaps/hr selama 14 hr

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
6.2.2.8. Lain – Lain							
	1	Kombinasi : azitromisin & sefiksim	F : Azitromisin tab 500 mg (2 tab) dan sefiksim tab 200 mg (2 tab)	(Belum Tersedia)	-	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes. Digunakan untuk pasien infeksi menular seksual jenis gonorrhoe, klamidia, urethritis, servisititis.	-
	2	Meropenem	F : Inj 500 mg, Inj 1 g	Meropenem serb Inj 0,5 g Meropenem serb Inj 1 g	PT. Dexa Medica	a) Diberikan atas persetujuan KPRA/Direktur untuk antibiotik lini ketiga (reserved antibiotic) pada infeksi oleh kuman penghasil ESBL. b) Tidak untuk profilaksis bedah c) Penggunaan harus berdasarkan hasil kultur dan persetujuan KPRA d) Digunakan di ICU	a) <i>Febrile neutropenia</i> : dosis 1-3 g/hari, sampai ANC > 500/mm ³ . b) Sepsis & infeksi berat multiorganik jiwa : - dosis 1-3 g/hari sampai diperoleh hasil kultur, maks 7 hari. - Stlh hasil kultur diperoleh, maka digantikan dgn antibiotik spectrum sempit yg masih efektif.
			NF : Inj 1 g	Tripenem Inj 1 g	PT. Dexa Medica		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
							- Meropenem hanya dpt dilanjutkan apabila hasil kultur yg diambil dr tempat yg dicurigai sbg sumber infeksi menunjukkan bhw bakteri penyebab hanya sensitif thdp meropenem
	3	Metronidazol	F : Tab 250 mg, Tab 500 mg	Metronidazol Tab 500 mg	PT. Bernofarm	Utk infeksi akibat bakteri anaerob, diberikan maks 2 minggu/kasus, kecuali pd kasus abses paru, otak, hepar & organ lain disesuaikan dgn kebutuhan pasien.	
			F : Sir 125 mg/5 ml	Metronidazol Susp 125 mg/5 ml	PT. Kimia Farma Tbk.		-
			NF : Sir 125 mg/5 ml	Promuba Sir 125mg/ 5ml	PT. Meprofarm Pharmaceutical Industries		
			F : Inf 5 mg/ml	Metronidazol Inf 5 mg/ mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	3 btl/hari
			F : Suppositoria 500 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : Suppositoria 500 mg	Flagyl Supp 1 g	PT. Sanofi Aventis Indonesia		
			F : Ovula 500 mg	(Belum Tersedia)	-	-	Maks 15 ovula /kasus

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Kombinasi : Metronidazole 500 mg & nystatin 100.000 IU	NF : Ovula 500 mg	Neo Gynoxa Ovula	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
	4	Pirimetamin	F : Tab 25 mg	(Belum Tersedia)	-	Dalam bentuk kombinasi dengan sulfadiazin atau klindamisin dan leukovorin untuk toksoplasmosis serebral/retinitis pada pasien <i>immunocompromised</i> .	-
	5	Sulfadiazin	F : Tab 500 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
	6	Vankomisin	F : Inj 500 mg	Vancomycin HCl Inj 500 mg	PT. Meiji Indonesia	Diberikan atas persetujuan KPRA/Direktur untuk antibiotik lini ketiga (reserved antibiotic) pada infeksi oleh kuman MRSA atau MRSE positif (dibuktikan dengan hasil kultur).	Maks 10 hari/kasus
	+	Cefditoren	NF : Tab 200 mg	Meiact Tab 200 mg	PT. Meiji Indonesia	-	-
	+	Linkomisin	NF : Kaps 500 mg	Lincomycin Kaps 500 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	+	Doripenem	NF : Inj 500 mg	Doripenem Inj 500 mg	PT. Bernofarm	-	-
	+	Fosfomisin	NF : Inj 1 g, Inj 2 g	Fosfomycin Inj 1 g Fosfomycin Inj 2 g	PT. Bernofarm	-	-
	+	Kombinasi : Fradiomycin 2,5 mg & Gramycidin HCl 1 mg	NF : Tab	FG Troches Tab	PT. Meiji Indonesia	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
6.3. ANTIINFEKSI KHUSUS							
6.3.1. Antilepra							
	1	Dapson	F Tab 100 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Klofazimin	F : kaps minyak 50 mg, kaps minyak 100 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
	3	Kombipak kusta tipe <i>multibasiler</i> (MB) untuk anak	F : terdiri dari rifampisin tab 300 mg (1 tab), rifampisin tab 150 mg (1 tab), dapson tab 50 mg (28 tab), klofazimin tab 50 mg (16 tab)	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya diberikan pada penderita kusta tipe MB anak usia 10 -15 tahun. b) Dosis 1 blister untuk 28 hari selama 12 bulan. c) Dosis bulanan (hari pertama) rifampisin 450 mg, dapson 50 mg, dan klofazimin 150 mg. d) Dosis harian (hari ke-2 hingga ke-28), dapson 50 mg per hari dan klofazimin 50 mg setiap 2 hari. <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>	-
	4	Kombipak kusta tipe <i>multibasiler</i> (MB) untuk dewasa	F : terdiri dari rifampisin tab 300 mg (2 tab), dapson tab 100 mg (28 tab), klofazimin tab 50 mg (27 tab), klofazimin tab 100 mg (3 tab)	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya diberikan pada penderita kusta tipe MB dewasa usia ≥ 15 tahun. b) Dosis 1 blister untuk 1 bulan (28 hari) selama 12 bulan. c) Dosis bulanan (hari pertama) rifampisin 600 mg, dapson	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						100 mg, dan klofazimin 300 mg. d) Dosis harian (hari ke-2 hingga ke-28) dapson 100 mg per hari dan klofazimin 50 mg per hari. <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>	
	5	Kombipak kusta tipe <i>pausibasiler</i> (PB) untuk anak	F : terdiri dari rifampisin tab 300 mg (1 tab), rifampisin tab 150 mg (1 tab), dapson tab 50 mg (28 tab)	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya diberikan pada penderita kusta tipe PB Anak usia 10 -15 tahun. Dosis 1 blister untuk 28 hari selama 6 bulan. b) Dosis bulanan (hari pertama) rifampisin 450 mg dan dapson 50 mg. c) Dosis harian (hari ke-2 hingga ke-28) dapson 50 mg per hari. <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>	-
	6	Kombipak kusta tipe <i>pausibasiler</i> (PB) untuk dewasa	F : terdiri dari rifampisin tab 300 mg (2 tab), , dapson tab 100 mg (28 tab)	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya diberikan pada penderita kusta tipe PB dewasa usia ≥ 15 tahun. b) Dosis 1 bister untuk 28 hari selama 6 bulan c) Dosis bulanan (hari pertama) rifampisin 600 mg dan dapson	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						100 mg. d) Dosis harian (hari ke-2 hingga ke-28) dapson 100 mg per hari. <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>	
	7	Klaritromisin	F : tab sal selaput 500 mg	Clarithromycin Tab 500 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	a) Hanya diberikan pada kasus kusta dengan kondisi resistensi atau alergi obat dari jenis obat di lini pertama. b) Tidak digunakan sebagai monoterapi melainkan dikombinasikan dengan obat anti kusta lain seperti rifampisin atau ofloksasin atau minosiklin atau klofazimin. c) Tidak diberikan pada kasus $\leq$ 18 tahun. Dosis 1 x 1 hari selama 24 bulan. <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>	1 x 1 hari selama 24 bulan.
	8	minosiklin	F : kaps 100 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya diberikan pada kasus kusta dengan kondisi resistensi atau alergi obat dari jenis obat di lini pertama. b) Tidak digunakan sebagai monoterapi melainkan	1 x 1 hari selama 24 bulan.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						dikombinasikan dengan obat anti kusta lain seperti rifampisin atau ofloksasin atau klaritromisin atau klofazimin. c) Tidak diberikan pada kasus $\leq$ 12 tahun. <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>	
	9	ofloksasin	F : tab sal selaput 400 mg	(Belum Tersedia)	-	Hanya diberikan pada kasus kusta dengan kondisi resistensi atau alergi obat dari jenis obat di lini pertama. Tidak digunakan sebagai monoterapi melainkan dikombinasikan dengan obat anti kusta lain seperti rifampisin atau minosiklin atau klaritromisin atau klofazimin. Tidak diberikan pada kasus $\leq$ 18 tahun. Dosis 1 x 1 hari selama 24 bulan. <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>	1 x 1 hari selama 24 bulan.
	10	Rifampisin	F : Kaps 300 mg, Tab 450 mg, Tab 600 mg	Rifampisin Tab 300 mg Rifampisin Tab 450 mg Rifampisin Tab 600 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
6.3.2. Antiframbusia							
	1	Azitromisin	F : tab sal selaput 500 mg	Azithromycin Tab 500 mg	PT. Bernofarm	Dapat diberikan pada penderita frambusia & kontaknya sesuai dgn Permenkes No. 8 Thn 2017 ttg Eradikasi Frambusia <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>	-
6.3.3. Antituberkulosis							
Catatan : a. <i>Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> b. <i>Penggunaan sesuai dengan Program Nasional Pengendalian TB.</i>							
	1	Amikasin	F : inj 500 mg	Amikasin Inj 500 mg/2 ml	PT. Ethica Industri Farmasi	Digunakan untuk paduan pengobatan pasien TB resistan obat (TB-RO).	-
			NF : inj 500 mg	Glybotic Inj 500 mg	PT. Sanbe Farma		
	2	bedakuilin fumarat	F : tab 100 mg	(belum tersedia)	-	a) Hanya dapat diberikan di FPKTL sesuai dengan SK Penetapan RS & Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberkulosis Resistan Obat. (Kepmenkes No. HK.01.07 /MENKES/350/2017) b) Diperlukan pemeriksaan EKG sebelum memulai pengobatan (obat ini menyebabkan QTc <i>prolongation</i>). c) Jika diberikan bersama obat lain yg jg menginduksi QT <i>pro-</i>	Minggu 1–2: 400 mg/hari. Minggu 3–24: 200 mg, setiap 48 jam

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						<i>longation</i> , maka pemeriksaan EKG hrs dilakukan setiap minggu.	
	3	Delamanid	F : Tab 50 mg	(belum tersedia)	-	a) Hanya dpt diberikan di FPKTL, sesuai dgn SK Penetapan RS & Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberkulosis Resistan Obat (Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/350/ 2017) b) Hanya digunakan untuk paduan pada TB Resisten Obat	-
	4	etambutol	F : tab 250 mg, Tab 400 mg, Tab 500 mg	Ethambutol Tab 250 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	Tidak boleh digunakan sebagai <i>single agent</i> untuk TB.	-
				Ethambutol Tab 500 mg			
	5	Isoniazid	F : Tab 100 mg	Isoniazid Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	dapat digunakan utk profilaksis TB pada anak	10 mg/kgBB /hr, maks 6 bln.
			F : Tab 300 mg	Isoniazid Tab 300 mg		dapat digunakan untuk profilaksis TB pada ODHA Dws	300 mg /hari, maks 6 bln
	6	kombinasi mengandung: isoniazid 300 mg & rifapentin 300 mg	F : Tab	(belum tersedia)	-	a) Digunakan untuk terapi pencegahan TB pada pasien ODHIV. b) Kontra indikasi pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT): anak dibawah 2 tahun, ibu hamil, ODHIV yg mengkonsumsi antiretroviral jenis nevirapin atau lopinavir-ritonavir.	3 x 1 selama 12 minggu (diminum 1 minggu sekali).

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	7	OAT KDT Kategori 1 <i>Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) Dewasa: 4KDT/FDC</i>	F : Tab kombinasi rifampisin 150 mg, isoniazid 75 mg, pirazinamid 400 mg, etambutol 275 mg	Paket TB Dots	-	-	Digunakan pada: a) pengobatan TB tahap awal: 1 tab/ 15 kgBB, maks selama 2 bln pertama.
		OAT KDT Kategori 1 <i>Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) Dewasa: 2KDT/FDC</i>	F : Tab kombinasi rifampisin 150 mg, isoniazid 150 mg	Paket TB Dots	-	-	b) pengobatan TB tahap lanjutan: 1 tab/15 kgBB, maks selama 4 bln tahap lanjutan, pemberian 3x seminggu c) dapat diperpanjang bila perlu.
	8	OAT KDT Kategori 2 <i>Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) Dewasa: 4KDT/FDC</i>	F : Tab kombinasi rifampisin 150 mg, isoniazid 75 mg, pirazinamid 400 mg, etambutol 275 mg	Paket TB Dots	-	-	Digunakan pada: 1) pengobatan TB tahap awal: 1 tab/15 kgBB, maks selama 2 bulan pertama.
		OAT KDT Kategori 2 <i>Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) Dewasa: 2KDT/FDC</i>	F : Tab kombinasi rifampisin 150 mg, isoniazid 150 mg	Paket TB Dots	-	-	2) pengobatan TB tahap lanjutan: 1 tab/15 kgBB, maks selama 4 bulan tahap

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
							lanjutan, pemberian 3x seminggu. 3) Dapat diperpanjang bila perlu
	9	OAT KDT Kategori Anak <i>Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) Anak: 3KDT/FDC</i>	F : Tab Kombinasi Rifampicin 75 mg, Isoniazid 50 mg, pirazinamid 150 mg	Paket TB Dots	-	-	Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. 1 tab/5-8 kgBB, maks 2 bln pertama, pemberian setiap hari.
		OAT KDT Kategori Anak <i>Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) Anak: 2KDT/FDC</i>	F : Tab Kombinasi Rifampicin 75 mg, Isoniazid 50 mg	Paket TB Dots	-	-	Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. 1 tab/5-8 kgBB, maks 4 bulan tahap lanjutan, pemberian setiap hari.
	10	OAT Kombipak Kategori 1 <i>Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk dewasa terdiri dari: Kombipak II</i>	F : Tab Kombinasi Rifampicin 450 mg, Isoniazid 300 mg, Pyrazinamid 500 mg, Ethambutol 250 mg	Paket TB Dots	-	Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT.	Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. Kategori 1: Maks 448 tab (56 blister) selama 2

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
							bulan pertama, pemberian setiap hari.
		OAT Kombipak Kategori 1 <i>Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk dewasa terdiri dari: Kombipak III</i>	F : Tab Kombinasi Rifampicin 450 mg, Isoniazid 300 mg	Paket TB Dots	-		Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. Kategori 1: Maks 144 tab selama 4 bulan (48 blister Kombipak III), pemberian 3x seminggu.
	11	OAT Kombipak Kategori Anak <i>Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak terdiri dari: Kombipak A</i>	F : Tab Kombinasi Rifampicin 75 mg, Isoniazid 100 mg, Pyrazinamide Tab 200 mg	Paket TB Dots	-	Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT.	Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. Maks 280 tab (28 sachet Kombipak A) selama 2 bulan pertama pemberian setiap hari.
		OAT Kombipak Kategori Anak <i>Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak terdiri dari: Kombipak B</i>	F : Tab Kombinasi Rifampicin 75 mg, Isoniazid 100 mg	Paket TB Dots	-		Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. Maks 336 tab slm 4 bulan lanjutan pemberian setiap hari.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	12	Pirazinamid	F : Tab 500 mg	Pirazinamid Tab 500 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	a) Hanya dapat diberikan di FPKTL, sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit dan Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberkulosis Resistan Obat. (Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/350/2017). b) Hanya digunakan untuk paduan pada TB Resisten Obat	-
	13	Rifapentin	tab 150 mg	(belum tersedia)	-	utk pengobatan pencegahan TB.	-
	14	Streptomisin	F : serb Inj 1.000 mg	Streptomycin Serb Inj 1 g	PT. Phapros Tbk.	Digunakan untuk pengobatan pencegahan TB a) Untuk kombinasi pengobatan pasien TB Kambuh BTA (+). b) Digunakan untuk paduan pengobatan TB Resisten Obat	- 15 mg/kgBB maks 2 bulan pertama pemberian setiap hari. - Untuk TB RO : 12-18 mg/kgBB, maks 8 bulan
6.3.4. Antiseptik Saluran kemih							
	1	Asam Pipemidat	F : Kaps 400 mg	(Belum Tersedia)	-	-	28 Kaps/ Kasus
			NF : Kaps 400 mg	Urinter kaps 400 mg	PT. Interbat		
	2	fosfomisin trometamol	F : granula 3 g	(Belum Tersedia)	-	Untuk sistitis non komplikata pada wanita atau profilaksis pada tindakan Transrectal Prostat Biopsy (TR-PB)	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	3	Metenamin Mandelat (Heksamin Mandelat)	F : Tab sal enterik 50 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
	+	Phenazopiridine	NF : Tab 100 mg	Nexurin Tab	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
6.4. ANTIFUNGI							
6.4.1. Antifungi Sistemik							
	1	Amfoterisin B	F : Inj 5 mg/mL (i.v.)	(Belum Tersedia)	-	-	-
			F : inj 50 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Disediakan oleh Program Kemenkes. b) Digunakan oleh ODHIV yang mengalami Infeksi oportunistik jenis meningitis karena <i>cryptococcus</i> . c) Digunakan untuk kondisi sub akut <i>cryptococcus</i> . d) Pengobatan selama 14 hari.	1 x 1 vial selama 14 hari.
	2	Flukonazol	F : Kaps 50 mg, Kaps 150 mg	Fluconazole Tab 150 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	a) digunakan untuk kandidiasis sistemik/pada pasien <i>immunocompromised</i>	-
			F : Inf 2 mg/ml	Fluconazole Inf 2 mg/mL	PT. Bernofarm	b) digunakan untuk berbagai bentuk kriptokokosis	
	3	Griseofulvin	F : Tab 125 mg, Tab 250 mg, Tab 500 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
	4	Itrakonazol	F : Kaps 100 mg	Itraconazole Kaps 100 mg	PT. Bernofarm	a) Hanya untuk aspergilosis, onikomikosis, <i>deep mycosis</i>	-
			NF : Kaps 100 mg	Itzol Kaps 100 mg	PT. LAPI Laboratories		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan kultur. b) Untuk histoplasmosis, penegakkan diagnosa melalui pemeriksaan biopsi sumsum tulang, organ yang diduga terinfeksi atau kultur darah. c) Tidak diberikan bersama dengan obat lain yang terbukti dapat berinteraksi dengan itrakonazol.	
	5	Ketokonazol	F : Tab 200 mg	Ketoconazole Tab 200 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	Maks 30 Tab/Kasus
			NF : Tab 200 mg	Formyco Tab 200 mg	PT. Sanbe Farma		
	6	Mikafungin	F : serb inj 50 mg	(Belum Tersedia)	-	Hanya digunakan untuk kandidiasis sistemik yang sudah tdk respons dengan flukonazol.	-
	7	Nistatin	F : Tab 500.000 IU	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan
			F : Susp 100.000 IU/ml	Nystatin Susp 100,000 IU/mL	PT. LAPI Laboratories	-	2 Btl/kasus untuk 1 minggu
			NF : Susp 100.000 IU/ml	Kandistatin susp 100.000 iu/ml	PT. Mestika Farma		
			NF : Tab Ovula 100.000 IU/ g	Nystatin Tab Ovula 100.000 IU/ g	PT. Phapros Tbk.	-	-
	8	Terbinafin	F : Tab 250 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : Krim	Termisil cream 0,1% 10 g	PT. Dexta Medica	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	9	vorikonazol	F : tab sal selaput 200 mg	(Belum Tersedia)	-	a) untuk invasif aspergilosis.	Slm 4 minggu
			F : inj 200 mg	(Belum Tersedia)	-	b) Diagnosis harus dibuktikan dengan pemeriksaan kultur jaringan atau kultur aspirat paru atau serologi uji galaktomanan.	Selama 14 hari, kemudian dilanjutkan pemberian oral
6.5. ANTIPROTOZOA							
6.5.1. Antiamubiasis dan Antigiardiasis							
	1	Metronidazol	F : Tab 250 mg, Tab 500 mg, Sir 125 mg/5 ml	Metronidazol Tab 500 mg	PT. Bernofarm	-	-
				Metronidazol Susp 125 mg/5 mL	PT. Kimia Farma Tbk.		
			NF : Sir 125 mg/5 ml	Promuba Sir 125mg/ 5ml	PT. Meprofarm Pharmaceutical Industries		
			F : Inf 5 mg/ml	Metronidazol Inf 5mg/mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		3 btl/hari.
			NF : Supp 1 g	Flagyl Supp 1 g	PT. Sanofi Aventis Indonesia	-	-
6.5.2. Antimalaria							
<i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>							
	1	Artesunat	F : Inj 60 mg/ml (i.v./i.m.)	(Belum Tersedia)	-	a) Diberikan pada malaria berat. b) Khusus di FPKTP, pemberian hanya 1 kali yang segera dirujuk ke FPKTL.	-
	2	Doksisiklin	F : Kaps 100 mg	Doxycycline Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	3	kombinasi mengandung:	F : Tab	(Belum Tersedia)	-	Terapi lini kedua untuk malaria falsiparum	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
		Artemether 20 mg & Lumefantrin 120 mg					
	4	kombinasi mengandung: Dihidroartemisinin 20 mg & Piperakuin 160mg	F : Tab <i>dispersible</i>	(Belum Tersedia)	-	-	-
	5	kombinasi mengandung: Dihidroartemisinin 40 mg & Piperakuin 320mg	F : Tab	(Belum Tersedia)	-	-	-
	6	Kuinin	F : Tab 200 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk terapi lini kedua pada malaria.	-
			F : Inj 25% (i.v.)	(Belum Tersedia)	-	Hanya digunakan untuk malaria dgn komplikasi/ malaria berat.	-
	7	Primakuin	F : Tab 15 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
6.6. ANTIVIRUS							
6.6.1. Antiherpes							
	1	Asiklovir	F : Tab 200 mg, Tab 400 mg, Inj 250 mg	Acyclovir Tab 200 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
				Acyclovir Tab 400 mg			
			NF : Cream	Acyclovir Cr 5%	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	2	Valasiklovir	F : Tab 500 mg	Valacyclovir Tab 500 mg	PT. Dixa Medica	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
6.6.2. Anti Sitomegalovirus (CMV) <i>Hanya untuk pasien immunocompromised(CD 4 <100) serta dibuktikan ada kelainan organik (retinitis CMV/CMV serebral). Untuk transplantasi organ dari donor yang menderita CMV.</i>							
	1	Gansiklovir	F : serbuk Inj 500 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Valgansiklovir	F: Tab salut 450 mg	(Belum Tersedia)	-	Kadar transaminase serum dalam batas normal.	-
6.6.3. Antiretroviral							
6.6.3.1. Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI) <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>							
	1	Abakavir	F : Tab 300 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	kombinasi mengandung : abakavir 120 mg & lamivudin 60 mg	F : tab <i>dispersible</i>	(Belum Tersedia)	-	a) Dapat digunakan untuk pengobatan HIV pada anak. b) Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.	-
	3	Kombinasi mengandung : Zidofudin 60 mg & Lamivudin 30 mg	F : tab <i>dispersible</i>	(Belum Tersedia)	-		-
	4	Kombinasi mengandung : Zidofudin 300 mg & Lamivudin 150 mg	F : Tab	(Belum Tersedia)	-	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak	-
			NF : Tab	Duviral Tab	PT. Kimia Farma Tbk.		-
	5	Kombinasi mengandung :	F : Tab	Tenofovir tab 300 mg & emtricitabine tab 200 mg	PT. Kimia Farma Tbk.		-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
		Tenovovir 300 mg & emtricitabin 200 mg				memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.	
	5	Lamivudin	F : Tab 150 mg	Lamivudine Tab 150 mg	PT. Kimia Farma Tbk.		-
	5	Tenofovir	F : Tab 300 mg	Tenofovir Tab 300 mg	PT. Kimia Farma Tbk.		-
			NF : Tab 300 mg	Hepamed Cap	PT. Dipa Pharmalab Intersains		
	6	Zidovudin	F : Kaps 100 mg	(Belum Tersedia)	-	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. Dapat digunakan untuk terapi profilaksis pada bayi baru lahir dari ibu ODHIV selama 6 minggu.	-
			F : sir 50 mg /5 mL	(Belum Tersedia)	-		Maks 6 minggu.
6.6.3.2. Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI) Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.							
	1	Efavirenz	NF : Tab 200 mg, Tab 600 mg	(Belum Tersedia)	-	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak	-
			NF : Tab 600 mg	Efavirenz Tab 600 mg	PT. Kimia Farma Tbk.		
	2	Nevirapin	F : Tab 200 mg	Nevirapine Tab 200 mg	PT. Kimia Farma Tbk.		-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.	
			F : sir 10 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	a) Dapat digunakan untuk profilaksis pada bayi baru lahir yang diberikan ASI dari ibu ODHIV yang menjalani terapi ARV kombinasi, selama 6 minggu. b) Diberikan bersama dengan Zidovudin.	-
6.6.3.3. Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI) + Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI) <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>							
	1	Kombinasi : Tenofovir 300 mg, Lamivudin 300 mg & Efavirenz 600 mg	F : Tab	Efavirenz, lamivudine & tenofovir tab 600mg/300 mg/300 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.	
	2	Kombinasi untuk Anak : Zidofudin 60 mg, Lamivudin 30 mg, dan Nevirapin 50 mg	F : Tab <i>dispersible</i>	(Belum Tersedia)	-	a) Terapi awal dilakukan di FPKTL. b) Setelah stabil, pemberian dapat dilanjutkan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.	
6.6.3.4. Protease Inhibitor <i>Catatan : Disediakan oleh Program Kemenkes</i>							
	1	Kombinasi (LPV/r) : Lopinavir 200 mg & Ritonavir 25 mg	F : Tab salut selaput	(Belum Tersedia)	-	a) Dapat digunakan untuk pengobatan HIV pada usia ≥ 10 tahun. b) Dapat digunakan sebagai terapi lini kedua pada anak yang gagal terapi dengan NNRTI. c) Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.	-
	2	Kombinasi (LPV/r) : Lopinavir 40 mg & Ritonavir 10 mg	F : granul	(Belum Tersedia)	-	a) Dapat digunakan untuk pengobatan HIV pada anak. b) Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.	
	3	Kombinasi (LPV/r) : Lopinavir 200 mg & Ritonavir 50 mg	F : Tab	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya digunakan sebagai lini kedua terapi antiretroviral. b) Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.	-
6.6.3.5. Integrase Inhibitor							
Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.							
	1	Dolutegravir	F : Tab 10 mg, Tab 50 mg	(Belum Tersedia)	-	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.	-
6.6.3.6. Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)+Integrase Inhibitor							
Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.							
	1	Kombinasi : tenofovir 300 mg, lamivudine	F : Tab	(Belum Tersedia)	-	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
		300 mg, & dolutegravir 50 mg				dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.	
6.6.4. Antihepatitis							
	1	daklatasvir	F : Tab Salut Selaput 30 mg, Tab salut selaput 60 mg	(belum tersedia)	-	<i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> a) Tidak digunakan sebagai monoterapi. b) Diberikan bersama dengan sofosbuvir untuk pasien hepatitis C. c) Hanya diberikan oleh dokter Sp.PD-KGEH dan Sp.A-KGEH atau Sp.PD. d) Dapat diberikan tanpa melakukan pemeriksaan genotipe, sesuai dengan SK Penetapan RS Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan.	- 12 minggu kombinasi dengan sofosbuvir untuk pasien non sirosis. - 24 minggu kombinasi dengan sofosbuvir untuk pasien sirosis.
	2	Entekavir	F : Tab 0,5 mg, Tab 1 mg NF : Tab 0,5 mg	(Belum Tersedia) TKV Tab 0,5 mg	- PT. Kalbe Farma Tbk.	Hanya diberikan oleh dokter Sp.PD-KGEH dan Sp.A-KGEH atau Sp.PD dengan melampirkan: a) Hasil pemeriksaan HBeAg.	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						b) Pemeriksaan ALT meningkat 2x di atas batas atas normal dalam 3 bulan, atau c) Histologi/ <i>transient elastography</i> atau <i>AST Platelet Ratio Index</i> (APRI) sesuai minimal dengan F2.	
	3	kombinasi mengandung: sofosbuvir 400 mg & daclatasvir 60 mg	F : Tab	(Belum Tersedia)	-	a) Dapat diberikan untuk hepatitis C. b) Diberikan oleh dokter Sp.PD-KGEH dan Sp.A-KGEH atau Sp.PD. c) Dapat diberikan tanpa melakukan pemeriksaan genotipe, sesuai dengan SK Penetapan RS Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan.	12 minggu untuk pasien non sirosis atau 24 minggu untuk pasien dengan sirosis.
	4	kombinasi mengandung: sofosbuvir 400 mg & daclatasvir 100 mg	F : Tab sal selaput	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk pasien Hepatitis C kronik dewasa yang diagnosisnya ditegakkan berbasis pemeriksaan serologi (antiHCV positif) dan viral load. b) Diberikan oleh dokter Sp.PD-KGEH dan Sp.A-KGEH atau Sp.PD.	1 tab/ hari dievaluasi setiap 28 hari selama 12 minggu.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						c) Diberikan tanpa melakukan pemeriksaan genotipe. d) Tidak dapat digunakan untuk pasien HIV yang sedang pengobatan efavirenz atau nevirapin.	
	5	Lamivudin	F : Tab 100 mg	(Belum Tersedia)	-	Hanya diberikan oleh dokter Sp.PD-KGEH dan Sp.A-KGEH atau Sp.PD. dengan melampirkan : a) Hasil pemeriksaan HBsAg. b) Pemeriksaan ALT meningkat 2x di atas batas atas normal dalam 3 bulan, atau c) Histologi/ <i>transient elastography</i> atau AST <i>Platelet Ratio Index</i> (APRI) sesuai minimal dengan F2. d) Pengobatan dihentikan apabila terjadi serokonversi HBsAg. e) Apabila HBV DNA setelah 6 bulan masih positif harus ditambahkan atau digantikan obat lain.	-
			NF : Tab 150 mg	Lamivudine Tab 150 mg	PT. Kimia Farma Tbk.		
	6	Pegylated Interferon alfa-2a	F : Inj 135 mcg/0,5 ml, Inj 180 mcg 0,5 ml	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk pasien hepatitis B dengan HBeAg-positif dan HBeAg-negatif.	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						b) Hanya boleh diresepkan oleh KGEH.	
	7	Sofosbuvir	F : Tab sal selaput 400 mg	(Belum Tersedia)	-	<i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> a) Tidak digunakan sebagai monoterapi. b) Diberikan bersama dengan daklatasvir untuk hepatitis C. c) Diberikan oleh dokter Sp.PD-KGEH atau Sp.PD d) Dapat diberikan tanpa melakukan pemeriksaan genotipe, sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan	- 12 minggu kombinasi dengan daklatasvir untuk pasien non sirosis - 24 minggu kombinasi dengan daklatasvir untuk pasien sirosis
	8	Telbivudin	F : Tab 600 mg	(belum tersedia)	-	a) Hanya untuk pasien Hepatitis B kronik. Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan HBV-DNA. b) Pengobatan dihentikan apabila terjadi serokonversi HBsAg. c) Apabila HBV DNA setelah 6 bulan masih positif harus ditambahkan atau digantikan obat lain.	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						d) Hanya diberikan oleh Sp.PD-KGEH dan Sp.A-KGEH atau Sp.PD.	
	9	tenofovir alafenamid fumarat	F : tab sal selaput 25 mg	(belum tersedia)	-	a) Hanya untuk pasien Hepatitis B kronik dewasa dengan gangguan fungsi ginjal eGFR: 30-60 mL/menit). b) Diberikan oleh dokter Sp.PD-KGEH atau Sp.PD.	30 tab/bulan.
	10	Tenofovir disoproksil fumarat	F : Tab sal selaput 300 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk pasien Hepatitis B kronik. Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan HBV-DNA. b) Hanya diberikan oleh dokter Sp.PD-KGEH dan Sp.A-KGEH atau Sp.PD. c) Tidak diberikan untuk pasien < 18 tahun.	-
6.6.5. Anti Covid-19							
	1	Molnupiravir	F : kaps 200 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk pasien Covid-19 ringan-sedang yang berisiko menjadi berat. b) Hanya utk diberikan pd 5 hari pertama sejak muncul gejala. c) Pemeriksaan Covid-19 terkonfirmasi dengan pemeriksaan antigen / PCR.	5 hari

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	Remdesivir	F : inj 100 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk pasien dewasa atau anak usia ≥ 12 tahun dengan BB minimal 40 kg pada pasien Covid-19 sedang yang berisiko menjadi berat yang memerlukan rawat inap. b) Pengobatan dimulai dalam 5 hari pertama sejak muncul gejala. c) Pemeriksaan Covid-19 terkonfirmasi dengan pemeriksaan antigen atau PCR.	10 hari
6.6.6. Antivirus lainnya							
	+	Methysoprinol	NF : Sir 250 mg/5 mL	Methysoprinol Sir 250 mg/5 mL	PT. Dixa Medica	-	-
				Isprinol Sir 250 mg/5 mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
			NF : Tab 500 mg	Methysoprinol Tab 500mg	PT. Dixa Medica	-	-
	+	Favipiravir	NF : Tab 200 mg	Favipiravir Tab 200 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
7. ANTIMIGREN dan ANTIVERTIGO							
7.1. ANTIMIGREN							
	+	Flunarizine	NF : Tab 5 mg, Tab 10 mg	Flunarizine Tab 5 mg	PT. Nulab Pharmaceutical Indonesia	-	-
				Flunarizine Tab 10 mg			

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN	
7.1.1. Profilaksis								
	1	Propranolol	F : Tab 10 mg, Tab 40 mg	Propranolol Tab 10 mg Propranolol Tab 40 mg	PT. Dexa Medica	-	-	
	2	Valproat	F : tab lepas lambat 250 mg	(Belum tersedia)	-	Hanya digunakan pada pasien yang memiliki kontraindikasi atau gagal profilaksis dengan beta bloker.	60 tab/bulan	
			NF : tab lepas lambat 250mg	Depakote Tab ER 250 mg	PT. Abbott Indonesia			
			F : tab lepas lambat 500mg	(Belum tersedia)	-		30 tab/bulan	
			NF : tab lepas lambat 500mg	Depakote ER 500 mg	PT. Abbott Indonesia			
			NF : Tab 250 mg	Asam Valproat Tab 250 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	-	
				Depakote Tab 250 mg	PT. Abbott Indonesia			
	NF : Sir 250 mg/5 mL	Asam Valproat Sir 250 mg/5 mL	PT. Dexa Medica	-	-			
	7.1.2. Serangan Akut							
		1	Ergotamin	F : Tab 1 mg	(Belum tersedia)	-	Hanya digunakan utk serangan migren akut & cluster headache.	8 tab/minggu
2		Kombinasi mengandung : ergotamin 1 mg & kafein 50 mg	F : Tab	Ergotamine caffeine Tab 1 mg/50 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	8 tab/minggu	

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
7.2. ANTIVERTIGO							
	1	Betahistin	F : Tab 6 mg	Betahistine Mesilate Tab 6 mg	PT. Mulia Farma Suci	a) Hanya untuk sindrom meniere / vertigo perifer.	Utk vertigo perifer: - BPPV: 1 minggu. - non BPPV: 30 tab/bln.
			NF : Tab 6 mg	Mertigo Tab 6 mg	PT. Dexa Medica	b) Untuk sindrom meniere/ vertigo non BPPV hanya di FPKTL.	
			F : Tab 24 mg	Betahistine HCl Tab 24mg	PT. Yarindo Farmatama	Hanya untuk sindrom meniere	90 tab/bulan
			NF : Tab 24 mg	Mertigo Tab 24 mg	PT. Dexa Medica		
			NF : Tab 8 mg	Mertigo Tab 8 mg	PT. Dexa Medica	-	-
8. ANTINEOPLASTIK DAN IMUNOMUDULATOR							
8.1. ANTINEOPLASTIK							
8.1.1. Alkilator							
	1	bendamustin	F : serb inj 25 mg, serb inj 100 mg	(Belum tersedia)	-	a) Untuk Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL) (stadium B atau C). atau b) Untuk Multiple Myeloma (MM) (stadium II atau III) setelah gagal dengan pengobatan lini pertama sebelumnya.	- Utk CLL: 100mg /m ² pd hari 1 & 2 pd siklus 28 hr. Pemberian maks 6 siklus. - Utk MM: 120-150 mg/m ² pd hari 1 & 2, dikombinasi dgn 60 mg/m ² prednison scr iv/po pd hari 1-4, pd siklus 28 hr.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	busulfan	F : tab 2 mg	(Belum tersedia)	-	-	-
			F : inj 6 mg/mL	(Belum tersedia)	-	Hanya dapat diberikan di faskes yang memberikan layanan cangkok sumsum tulang.	Maks 16 dosis/kasus.
	3	dakarbazin	F : Inj 100 mg, Inj 200 mg	Dacarbazine Medac Inj 200 mg	PT. Dipa Pharmalab Intersains	Untuk melanoma maligna metastatik, sarkoma, penyakit Hodgkin.	12 x pemberian.
	4	ifosfamid	F : Inj 1.000 mg	(belum tersedia)	-	Diberikan bersama mesna	5.000 mg/m ² /hari setiap 3 minggu bersama mesna
			NF : Inj 1.000 mg	Holoxan Serb Inj 1000 mg	PT. Transfarma Medica Indah		
			F : Inj 500 mg, Inj 2.000 mg	(belum tersedia)	-		
	5	klorambusil	F : tab 5 mg	(belum tersedia)	-	-	-
	6	melfalan	F : tab 2 mg	(belum tersedia)	-	Untuk Multiple Myeloma.	-
	7	siklofosfamid	F : Inj 200 mg (i.v), Inj 500 mg (i.v), Inj 1.000 mg (i.v)	Cyclophosphamide Inj 200 mg	PT. Ferron Par Pharmaceuticals	-	-
				Cyclophosphamide Inj 1 g			
	8	temozolomid	F : kaps 20 mg, kaps 100 mg	(belum tersedia)	-	Untuk glioblastoma atau untuk anaplastic astrocytoma	a)Jk menggunakan fasilitas radioterapi: 75 mg/m ² /hr slm pasien disinari kemudian dilanjutkan 150-200mg/m ² /hari selama 5

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
							hari berturut-turut diulang setiap 4 minggu, maks 6 siklus. b)Jika tidak menggunakan fasilitas radioterapi: 150–200mg/m²/hari selama 5 hari berturut-turut diulang setiap 4 minggu, maks 6 siklus.
8.1.2. Antimetabolit							
	1	fludarabin	F : tab sal 10 mg, serb inj 50 mg	(belum tersedia)	-	a) Hanya untuk BCLL. b) Sebagai alternatif pengganti klorambusil untuk terapi CLL (<i>Chronic Lymphocytic Leukemia</i>).	30 mg/m ² /hari selama 5 hari.
	2	fluorourasil	F : Inj 50 mg/mL	Fluorourasil Inj	PT. Ferron Par Pharmaceuticals	Untuk kanker kepala dan leher, saluran cerna, payudara, leher rahim.	- Utk nasofaring: 1.000mg/m²/hari slm seminggu. - Utk kolorektal: 2.800mg/m²/46 jam diulang tiap 2 minggu.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	3	gemsitabin	F : Inj 200 mg, Inj 1.000 mg	Gemcitabine Inj 200 mg	PT. Etana Biotechnologiest	a) Untuk NSCLC yang <i>locally advanced</i> (stadium IIIA, IIIB) atau metastatik (stadium IV). b) Untuk adenokarsinoma pankreas yang <i>locally advanced (non resectable)</i> stadium II atau stadium III) atau metastatik (stadium IV). c) Hanya untuk <i>muscle invasif bladder cancer</i> . d) Kombinasi dengan paklitaksel untuk kanker payudara stadium lanjut yang telah mengalami kekambuhan setelah menjalani pengobatan sekurang-kurangnya dengan golongan antrasiklin sebelumnya. e) Untuk kanker ovarium yang mengalami kekambuhan setelah menggunakan terapi berbasis platinum.	1.000 mg/m ² /minggu
				Gemcitabine Inj 1 g			
	4	kapesitabin	F : Tab 500 mg	(belum tersedia)	-	a) Untuk kanker kolorektal. b) Untuk kanker payudara metastatik setelah gagal dengan kemoterapi lain yang mengandung antrasiklin atau taksan.	2.500 mg/m ² /hari selama 2 minggu diulang tiap 3 minggu.
			NF : Tab 500 mg	Taceral Tab 500 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	5	merkaptopurin	F : tab 50 mg	(belum tersedia)	-	-	-
	6	metotreksat	F : Tab 2,5 mg	(Belum Tersedia)	-	-	- Untuk maintenance leukemia: 7,5 mg/hari stp minggu. - Untuk trofoblastik ganas: 30 mg/hari slm 5 hari.
			F : inj 2,5 mg/ml (i.t.)	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk penggunaan intratekal, hanya boleh digunakan sediaan <i>preservative free</i> . b) Jika diperlukan dapat diberikan bersama kalsium folinat (leukovorin, Ca) sebagai rescue medication.	Untuk trofoblastik ganas: 12.000 mg/m ² /hari.
			F : inj 5 mg (i.v./i.m./i.t.)	(Belum Tersedia)	-	Untuk penggunaan intratekal, hanya boleh digunakan sediaan <i>preservative free</i> .	15 mg/minggu.
			inj 10 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk penggunaan intratekal, hanya boleh digunakan sediaan <i>preservative free</i> . b) Jika diperlukan dapat diberikan bersama kalsium	Untuk trofoblastik ganas: 12.000 mg/m ² /hari.
			F : inj 25 mg/mL	Methotrexate Inj 50 mg/2 ml	PT. Kalbe Farma Tbk.		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						folinat (leukovorin, Ca) sebagai rescue medication.	
	7	pemetreksed	F : serb inj 100 mg	(Belum tersedia)	-	a) Untuk terapi non squamous NSCLC locally advanced atau metastatik EGFR wild type dalam kombinasi dengan sisplatin. b) Untuk lini kedua pada non squamous NSCLC locally advanced atau metastatik EGFR wild type yang gagal diatasi dengan kemoterapi lain. c) Jika terjadi progresi setelah terapi lini pertama dengan pemetreksed, maka tidak dapat dilanjutkan dengan pemetreksed sebagai lini kedua.	4 vial/siklus, maks 6 siklus.
			F : serb inj 500 mg	(Belum tersedia)	-		500 mg/m ² setiap 21 hari, maks 6 siklus.
	8	sitarabin	F : Inj 100 mg/ml	(belum tersedia)	-	a) Untuk leukemia akut atau Untuk limfoma maligna. b) Tidak digunakan untuk intratekal.	-
8.1.3. Alkaloid Dan Produk Natural Lain							
	1	dosetaxsel	F : Inj 20 mg, Inj 80 mg	Docetaxel Inj 20mg	PT. Ferron Par Pharmaceuticals	Untuk kanker kepala dan leher, paru, payudara, ovarium, prostat, adenokarsinoma gaster.	- kombinasi: 75 mg/m ² setiap 3 minggu.
				Docetaxel Inj 80 mg			
			F : Inj 40 mg	(Belum Tersedia)	-		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
							- kemoterapi tunggal: 100 mg/m ² setiap 3 minggu.
	2	etoposid	F : Inj 20 mg/ml	(Belum Tersedia)	-	Untuk kanker testis, <i>Small Cell Lung Cancer</i> , limfoma maligna.	100 mg/m ² /hari, selama 3-5hari.
			NF : Inj 20 mg/ml	Fytosid 100 mg /5 ml	PT. Fresenius Kabi Indonesia		
	3	irinotekan	F : inf 20 mg/mL	(belum tersedia)	-	a) Hanya digunakan untuk kanker kolorektal. Harus diberikan bersama dengan 5-FU dan kalsium folinat (leukovorin, Ca). b) Untuk terapi pasien dengan <i>Small Cell Lung Cancer</i> (SCLC) dikombinasikan dgn sisplatin.	125 mg/m ² setiap minggu diulang tiap 3 minggu atau 180 mg/m ² tiap 2 minggu.
			F : Inj 20 mg/ml	(belum tersedia)	-		
			NF : Inj 20 mg/ml	Iritero Inj 40 mg/2 ml	PT. AmaroX Pharma Global		
			NF : Inj 50 mg/ml	Kabitec Inj 100mg/2ml	PT Fresenius Kabi Indonesia	-	-
	4	paklitaksel	F : inj 6 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	-	Utk kanker ovarium diberikan dlm kombinasi dgn sisplatin/ karboplatin setiap 3 minggu. Dosis paklitaksel: 175 mg/m ² /kali.
			NF : Inj 30 mg, Inj 100 mg	Fonkopac Inj 30 mg Fonkopac Inj 100mg	PT. Ferron Par Pharmaceuticals	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	5	vinblastin	F : Inj 1 mg/ml	(belum tersedia)	-	-	6 mg/m ² setiap 2 minggu
	6	vinkristin	F : Inj 1 mg/ml	Vincristine Inj 1 mg/mL	PT. Kalbe Farma Tbk.	<i>Hanya diberikan secara intravena.</i>	1,5 mg/m ² maks weekly dose 2 mg. Kecuali untuk ALL maks 3 tahun.
			NF : Inj 2 mg	Vincristine Inj 2 mg/mL	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
	7	vinorelbin	F : inj 10 mg/ml	(belum tersedia)	-	a) Untuk <i>Non Small Cell Lung Cancer</i> (NSCLC). b) Untuk kanker payudara metastatik.	25 mg/m ² hari 1 dan 8 diulang setiap 3 minggu.
			NF : inj 10 mg/ml	Vinorkal Inj 10 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		
8.1.4. Antibiotik Sitotoksik Dan Senyawa Sejenis							
	1	bleomisin	F : inj 15 mg	(belum tersedia)	-	a) Untuk squamous cell carcinoma pd daerah kepala dan leher, esofagus, serviks, ovarium, penis, testis, kulit, paru, glioma, limfoma, germ cell tumor, dibuktikan dgn hasil pemeriksaan PA. atau b) Sebagai terapi lini pertama pada Hodgkin / Non Hodgkin disease dibuktikan dengan hasil pemeriksaan PA. c) Pemeriksaan PA dpt dikecualikan utk nefro-blastoma, pleurodesis, & tumor otak.	12x pemberian.
			NF : Inj 15 mg	Bleocin Serbuk Inj 15 mg/mL	PT. Kalbe Farma Tbk.		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	daktinomisin	F : inj 0,5 mg (i.v.)	(belum tersedia)	-	Dapat diberikan pada salah satu kondisi berikut: a) Untuk tumor Wilms, rabdomiosarkoma pada anak, sarkoma Ewings, kanker testis non seminoma metastatik. b) Untuk Neoplasia trofoblastik gestasional. c) Untuk soft tissue sarcoma, kecuali leiomyosarcoma dan angiosarcoma.	12x pemberian.
	3	daunorubisin	F : inj 20 mg	(belum tersedia)	-	Untuk leukemia akut.	-
	4	doksorubisin	F : Inj 10 mg (i.v.) Inj 50 mg (i.v.)	Doxorubicin Inj 10 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.	Pemeriksaan echocardiogram dilakukan sebelum pemberian siklus pertama dan setiap kali setelah mencapai dosis kumulatif 200 mg/m ² , kecuali bila terjadi perubahan klinis (gangguan kardiologis) atau komorbiditas yang menyebabkan komplikasi kardiologis.	Dosis kumulatif maks (seumur hidup): 500 mg/m ²
				Doxorubicin Inj 50 mg			
	5	epirubisin	F : Inj 2 mg/ml, serb Inj 50 mg	Epirubicin Inj 10 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.	Pemeriksaan echocardiogram dilakukan sebelum pemberian siklus pertama dan setiap kali setelah mencapai dosis kumulatif 300 mg/m ² , kecuali	Dosis kumulatif seumur hidup maks 900 mg/m ² LPT.
				Epirubicin Inj 50 mg			

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						bila terjadi perubahan klinis (gangguan kardiologis) atau komorbiditas yag menyebabkan komplikasi kardiologis.	
	6	idarubisin	F : serb inj 20 mg (i.v.)	(Belum tersedia)	-	-	12 mg/m ² selama 3 hari dikombinasi dengan sitarabin.
	7	mitomisin	F : Inj 2 mg	(Belum Tersedia)	-	Hanya digunakan secara kombinasi dengan kemoterapi lain utk kasus adenokarsinoma gaster atau pankreas yang gagal dengan kemoterapi lini pertama.	-
			F : Inj 10 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk kemoterapi lokal (instilasi vesika) pada kanker kandung kemih.	-
8.1.5. Penghambat Protein Kinase							
	1	afatinib	F : tab sal selaput 20 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk NSCLC jenis non squamous yang locall advanced atau metastatik dengan EGFR exon 19 delesi atau mutasi subsitusi exon 21 (L858R atau L861Q), substitusi exon 18 (G719X), atau substitusi mutasi exon 20 (S7681), pada pasien yang belum pernah mendapatkan TKI sebelumnya.	Obat dihentikan jk respons thdp obat kurang dr 50%, stlh 3 siklus. Dosis 20 mg bkn dosis terapeutik ttp digunakan apabila muncul efek samping. Dosis kembali ke 40 mg utk

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						b) Dosis terapi adalah 40 mg, diberikan 1x1 sehari.	mendapat efikasi yang diharapkan.
			F : tab sal selaput 30 mg	(Belum Tersedia)	-	c) Tidak digunakan sebagai lini kedua. d) Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, atau afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut.	Obat dihentikan jk respons thdp obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus. Dosis 30 mg bukan dosis terapeutik ttp digunakan apabila muncul efek samping. Dosis kembali ke 40 mg untuk mendapat efikasi yang diharapkan.
			F : tab sal selaput 40 mg	(Belum Tersedia)	-		30 tab/bulan. Obat dihentikan jika respons terhadap obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus.
	2	alektinib	F : kaps 150 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk kanker paru dengan ALK positif yang locally advanced atau metastatik NSCLC pada pasien yang belum pernah	240 kaps/bulan.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						mendapatkan obat golongan penghambat (inhibitor) mutasi gen ALK positif sebelumnya. b) Diresepkan oleh dokter Sp.PD-KHOM/Sp.Onk./Sp.PD /Sp.P.	
	3	erlotinib	F : tab sal selaput 100 mg, tab sal selaput 150 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk NSCLC jenis non squamous yang locally advanced atau metastatik dengan EGFR exon 19 delesi atau mutasi subsitisi exon 21 (L858R), pada pasien yang belum pernah mendapatkan TKI sebelumnya. b) Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, atau afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut.	- 30 tab/bulan. - Obat dihentikan jika respons terhadap obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus.
	4	gefitinib	F : Tab 250 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk NSCLC jenis <i>non squamous</i> yang <i>locally advance</i> atau metastatik dengan EGFR <i>exon</i> 19 delesi atau mutasi subsitisi <i>exon</i> 21 (L858R), pada pasien yang belum pernah mendapatkan TKI sebelumnya.	- 30 tab/bulan. - Obat dihentikan jika respon terhadap obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						b) Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, atau afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut.	
	5	imatinib mesilat	F : Tab 100 mg	(belum tersedia)	-	Diindikasikan pada:	120 tab/bulan.
			NF : Tab 100 mg	Imatero Tab 100 mg	PT AmaroX Global Pharma	a) LGK/CML atau LLA/ALL dengan pemeriksaankromosom <i>philadelphia</i> positif atau BCR-ABL positif.	- Untuk GIST: 60 tab/bulan. - Untuk CML: 30 tab/bulan.
			F : Tab 400 mg	(belum tersedia)	-	b) GIST yang <i>unresectable</i> dengan hasil pemeriksaan CD 117 positif. c) Pasien dws dgn <i>unresectable</i> , <i>recurrent</i> dan/atau <i>metastatic</i> .	
	6	lapatinib	F : tab 250 mg	(belum tersedia)	-	Diberikan kombinasi dengan letrozol untuk kanker payudara metastatik dengan HER2 IHK positif 3 (+++) atau HER2 IHK positif 2 (++) dengan konfirmasi FISH atau CISH positif, pada post menopause dengan reseptor hormon positif (ER/PR positif) dan memerlukan terapi hormon.	Untuk HER2 positif+hormon ER dan/atau PR positif dan post menopause pemberian bersama letrozol, dosis 1.500mg /hari (6 tab/hari).
	7	lenvatinib	F : kaps 4 mg, kaps 10 mg	(belum tersedia)	-	a) Untuk pasien differentiated	- Untuk HCC: maks

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						thyroid carcinoma (DTC): - Digunakan pada pasien DTC yang sudah metastatik atau progresif dan tidak memberikan respons terhadap radio ablasi interna (refrakter). Dibuktikan dengan hasil pemeriksaan histopatologi DTC (papillary /follicular/Hurthle cell). - Diresepkan oleh dokter Sp.Onk. Atau b) Untuk pasien hepatocellular carcinoma (HCC): - Digunakan sebagai monoterapi pada pasien advanced atau unresectable HCC yang belum pernah mendapat terapi sistemik sebelumnya. - Tidak diberikan untuk pasien dengan ukuran tumor > 50% dari ukuran hati. - Child-Pugh A. - ECOG performance status (PS) 0 atau 1. - Tidak mengenai sistem bilier. - Tidak ada trombus pada vena	12 mg (BB ≥ 60 kg) atau 8 mg (BB < 60 kg), 1x sehari diberikan hingga progresi penyakit /toksisitas yang tdk dpt diterima oleh pasien. - Untuk DTC: maks 24 mg, 1x sehari diberikan hingga progresi penyakit /toksisitas yang tidak dapat diterima oleh pasien.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						porta utama. - Diresepkan oleh dokter Sp.PD-KGEH /Sp.PD-KHOM/ Sp.PD.	
	8	Nilotinib <i>Hanya diresepkan oleh konsultan hematologi dan onkologi medik (KHOM).</i>	F : Kaps 150 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk kasus LGK (Leukemia Granulositik Kronik)/CML dengan hasil <i>philadelphia chromosome</i> positif atau BCR-ABL positif	120 kaps/bulan/kasus
			F : Kaps 200 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk kasus LGK (Leukemia Granulositik Kronik)/CML dengan hasil <i>philadelphia chromosome</i> positif atau BCR-ABL positif	120 kaps/bulan/kasus
			NF : Kaps 200 mg	Niltib Kaps 200 mg	PT. AmaroX Pharma Global	Untuk kasus LGK (Leukemia Granulositik Kronik)/CML dengan hasil <i>philadelphia chromosome</i> positif atau BCR-ABL positif yang resisten atau intorelan terhadap imatinib.	120 kaps/bulan/kasus
	9	pazopanib	F : tab sal selaput 200 mg	(Belum Tersedia)	-	Hanya digunakan untuk kanker ginjal metastatik.	120 tab/bulan.
			F : tab sal selaput 400 mg	(Belum Tersedia)	-		60 tab/bulan.
	10	ponatinib	F : tab sal selaput 15 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Terapi utk pasien dewasa dgn: - fase kronik, fase akselerasi CML yg resisten thdp tirosin kinase inhibitor (nilotinib), diberikan sbg terapi lini ketiga; atau - T315I positif CML (fase kronik, fase akselerasi) yg resisten thdp imatinib sbg terapi lini pertama.	60 tab/ bulan.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						b) Tidak diberikan sebagai lini pertama pada CML	
	11	ruksolitinib	F : tab 5 mg, tab 15 mg, tab 20 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya digunakan untuk pasien myelofibrosis, termasuk myelofibrosis primer, myelofibrosis pasca-polisitemia vera atau myelofibrosis pascaesensial trombositemia. b) Diresepkan oleh KHOM/onkologi lain/penyakit dalam, berdasarkan hasil pemeriksaan histopatologi biopsi sum-sum tulang yang dibaca oleh dokter Sp.PA	60 tab/ bulan.
8.1.6. Antibodi Monoklonal Dan Antibody Drug Conjugates							
	1	brentuximab vedotin	F : serb inj 50 mg	(Belum Tersedia)	-	Digunakan pada salah satu kondisi berikut: a) Untuk pasien limfoma Hodgkin CD30 positif yang relapse setelah atau refrakter terhadap regimen lini pertama. b) Untuk pasien limfoma Hodgkin CD30 positif yang relapse atau refrakter pasca Autologous Stem Cell Transplant (ASCT); atau	16 siklus.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						sedikitnya dua regimen terapi sebelumnya bila ASCT; atau bila kemoterapi multi-agen tidak layak diberikan. c) Untuk pasien systemic Anaplastic Large Cell Lymphoma (sALCL) yg relapse atau refrakter terhadap regimen lini pertama.	
	2	rituksimab	F : Inj 10 mg/ml	(belum tersedia)	-	a) Untuk <i>Diffuse Large B-Cell Lymphoma</i> (DLBCL) dengan hasil pemeriksaaan CD20 Positif. atau b) Untuk terapi <i>Chronic lymphocytic leukemia</i> (CLL) dengan hasil pemeriksaan CD20 positif.	375 mg/m ² setiap 3 minggu, maks 6 siklus.
			NF : Inj 100 mg, Inj 500 mg	Redditux Inj 100 mg	PT. Ferron Par Pharmaceuticals		
				Redditux Inj 500 mg			
	3	setuksimab	F : inj 5 mg/mL	(belum tersedia)	-	Sebagai terapi lini kedua kanker kepala dan leher jenis squamousdan dikombinasi dengan kemoterapi atau radiasi. Tidak digunakan untuk kanker nasofaring.	- Pemberian tiap minggu: Dosis pertama 400 mg/m², dosis selanjutnya 250 mg/m² tiap minggu. - Maks 6 siklus atau sampai terjadi progres atau timbul efek

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
							samping yang tidak dapat ditoleransi, mana yang terjadi lebih dulu.
	4	trastuzumab	F : Serb Inj 440 mg	(belum tersedia)	-	a) Diberikan bersama dengan kemoterapi sebagai terapi adjuvan pada pasien kanker payudara stadium dini dengan HER2 IHK positif 3 (+++) atau HER2 IHK positif 2 (++) dengan konfirmasi FISH atau CISH positif. Atau b) Untuk kanker payudara metastatik dengan hasil pemeriksaan HER2 positif 3 (+++).	Maks 18 siklus. 8 siklus atau hingga terjadi <i>progress diseases</i> , mana yang lebih dahulu dicapai.
8.1.7. Antineoplastik Lain							
	1	asparaginase	F : inj 10.000 IU	(Belum tersedia)	-	Untuk leukemia limfoblastik akut.	-
	2	bortezomib	F : serb inj 1 mg, serb inj 3,5 mg	(Belum tersedia)	-	a) Hanya untuk pasien dengan Multiple Myeloma. b) Diresepkan oleh dokter Sp.PD-KHOM	Diberikan hari ke-1, 4, 8, dan 11 setiap siklus 3 minggu. Maks 8 siklus atau sampai terjadi progres.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	3	eribulin	F : inj 0,44 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk kanker payudara metastatik, yang sudah pernah mendapatkan terapi antrasiklin atau taksan sebelumnya (hari ke 1 dan 8, siklus 21 hari). Atau b) Untuk Liposarcoma non operable/metastatik yang sudah pernah menjalani kemoterapi antrasiklin sebelumnya (hari ke-1 dan 8, siklus 21 hari).	12 kali (6 siklus) atau hingga terjadi progress diseases (perburukan penyakit), mana yang lebih dahulu dicapai.
			NF : inj 0,44 mg/mL	Halaven Inj 0.44 mg/ml	PT. Eisai Indonesia		
	4	hidroksiurea	F : Kaps 500 mg	Hydroxyurea Medac Kaps 500 mg	PT. Dipa Pharmalab Intersains	Untuk CML atau polisitemia vera.	40 mg/kgBB/hari selama 30 hari.
	5	karboplatin	F : inj 10 mg/ml	Carboplatin Inj 150 mg /15 ml	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	AUC 5-6 setiap 3 minggu.
				Carboplatin Inj 450 mg /45 mL			
	6	lenalidomid	F : kaps 10 mg, kaps 15 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Digunakan brsma dgn deksametason utk Multiple Myeloma pd pasien yg belum pernah mendapat terapi & tdk memenuhi syarat untuk transplantasi. b) Digunakan brsma dgn melfalan & prednison utk Multiple Myeloma pd pasien ≥ 65 tahun yg belum pernah	Maks 20 mg/hari.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						mendapat terapi & tidak memenuhi syarat untuk transplantasi. c) Digunakan bersama dgn deksametason utk Multiple Myeloma pd pasien yg relapse atau mengalami progressive disease setelah mendapat terapi utama. d) Digunakan sbg monoterapi pd pasien dewasa dgn anemia yg bergantung pd transfusi darah krn Myelodysplastic syndrome (MDS) dgn kelompok risiko rendah atau intermediate-1, dimana MDS tsb terkait dgn adanya kelainan sitogenetik delesi 5q serta tidak ada pilihan terapi yang lain. e) Sangat diperlukan kehati-hatian thdp risiko terjadinya trombosis.	
	7	oksaliplatin	F : serb Inj 50 mg, serb Inj 100 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk terapi ajuvan kanker kolorektal stadium III.	12x pemberian
			NF : serb Inj 50 mg	Rexta Inj 50 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.	b) Dapat digunakan untuk kanker kolorektal metastatik.	
	8	sisplatin	F : inj 1 mg/mL	Cisplatin Serbuk Inj 10 mg		-	100 mg/m ² /hari

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
				Cisplatin Serbuk Inj 50 mg	PT. Ferron Par Pharmaceuticals		diulang tiap 3 minggu.
	+	Bevacizumab	NF : Inj	Bevagen Inj 100 mg	PT. Etana Biotechnologiest	-	-
	+	Megestrol	NF : Sir 40 mg/mL	Tracetat Sir 40 mg/mL	PT. Fahrenheit	-	-
8.2. TERAPI ENDOKRIN							
8.2.1. Hormon Dan Senyawa Sejenis							
	1	goserelin asetat	F : Inj 3,6 mg/depot	(Belum Tersedia)	-	a) Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor (ER dan/atau PR) positif premenopause. b) Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bicalutamid tab 50 mg. c) Dapat digunakan untuk endometriosis.	(a) 1 vial/bulan
			NF : Inj 3,6 mg	Zoladex Inj 3,6 mg/ Siringe	PT. AstraZeneca Indonesia		(c) 1 vial/bulan; maks 3 vial/kasus.
			F : Inj 10,8 mg/depot	(Belum Tersedia)	-	a) Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor (ER dan/atau PR) positif premenopause. b) Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bicalutamid tab 50 mg	1 vial/3 bulan
			NF : Inj 10,8 mg	Zoladex Inj 10,8 mg/ Siringe	PT. AstraZeneca Indonesia		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	leuprorelin asetat	F : Serb Inj 3,75 mg	(belum tersedia)	-	a) Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER dan/atau PR positif premenopause. b) Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg. c) Untuk terapi pubertas prekoks disertai dengan pemeriksaan 2 dari 3 tanda-tanda seks sekunder pubertas prekoks. d) Kadar LH > 0,8 IU/L.	1 vial/bulan.
			NF : serb Inj 3,75 mg	Endrolin inj 3,75 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		
			F : Serb Inj 7,5 mg	(belum tersedia)	-	a) Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan hasil PA. b) Diberikan di Faskes FPKTL yang dapat melakukan pemeriksaan PSA dan testosteron. c) Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg.	1 vial/ 3 bulan
			F : serb Inj 11,25 mg	(belum tersedia)	-	a) Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER	

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						dan/atau PR positif premenopause. b) Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg.	
			F : serb Inj 22,5 mg	(belum tersedia)	-	a) Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan hasil PA. b) Diberikan di FPKTL yang dapat melakukan pemeriksaan PSA dan testosteron. c) Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg.	
8.2.2. Antagonis Hormon Dan Senyawa Sejenis							
	1	Anastrozol	F : Tab 1 mg	(Belum tersedia)	-	a) Dapat digunakan utk kanker payudara post menopause dgn pemeriksaan reseptor estrogen/ progesteron positif. b) Dpt digunakan pd premenopause atau perimenopause yg dijadikan post menopause dgn pemberian goserelin asetat.	30 tab/bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	Bikalutamid	F : Tab sal 50 mg	(Belum tersedia)	-	a) Untuk kanker prostat, diberikan 5 - 7 hari sebelum atau bersamaan dengan pemberian goserelin asetat atau leuprorelin asetat. Diberikan sampai PSA (<i>Prostate Spesific Antigen</i>) membaik atau terjadi <i>progress</i> . b) Pemeriksaan PSA dilakukan setiap 3 bulan. c) Obat dihentikan jika terjadi <i>progress</i> (2 kali pemeriksaan PSA berturut-turut terjadi peningkatan > 50%).	30 tab/bulan.
			NF : Tab 50 mg	Bicastra Tab 50 mg	PT. Ferron Par Pharmaceuticals		
			F : Tab sal 150 mg	(Belum tersedia)	-	Hanya diberikan untuk kanker prostat.	-
	3	Eksemestan	F : Tab 25 mg	(belum tersedia)	-	Dapat digunakan untuk kanker payudara <i>post</i> menopause, ER dan/atau PR positif.	30 tab/bulan.
			NF : Tab 25 mg	Examest Tab 25 mg	PT. AmaroX Pharma Global		
	4	fulvestran	F : inj 50 mg/mL	(belum tersedia)	-	a) Dapat digunakan pada pasien kanker payudara lokal lanjut (<i>locally advanced</i>) atau metastatik atau rekuren pada pasien pascamenopause dengan ER positif yang mengalami relapse saat atau setelah terapi antiestrogen	Maks 6 bulan.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						atau terjadi progresi saat mendapat terapi antiestrogen. b) Dapat digunakan pada pasien kanker payudara metastatik atau rekuren pada pasien pascamenopause dengan ER positif dan HER2-negatif yang belum pernah diberikan terapi endokrin. c) Yang dimaksud dengan pascamenopause adalah pasien yang memenuhi salah satu atau lebih dari 4 kriteria berikut: - Ooforektomi bilateral atau radiasi ovarium bilateral sebelumnya. - Usia $\geq$ 60 tahun. - Usia < 60 tahun dan amenorea selama 12 bulan atau lebih tanpa kemoterapi, tamoksifen, atau penekanan ovarium dan hormon perangsang folikel (FSH) dan estradiol dalam rentang pascamenopause.	

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						- Jika mengonsumsi tamoksifen dan usia < 60 tahun, kadar FSH dan estradiol plasma dalam rentang pascamenopause.	
	5	letrozol	F : Tab 2,5 mg	(belum tersedia)	-	a) Dapat digunakan untuk kanker payudara pada <i>post</i> menopause dengan reseptor ER dan/atau PR positif. b) Dapat digunakan pada premenopause atau perimenopause yang dijadikan <i>post</i> menopause dengan pemberian goserelin asetat.	30 Tab/ bulan
			NF : Tab 2,5 mg	Lebrest Tab 2,5 mg	PT. Ferron Par Pharmaceuticals		
	6	tamoksifen	F : Tab 10 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk kanker payudara pada premenopause atau <i>post</i> menopause dengan reseptor ER dan/atau PR positif.	60 tab/bulan
			NF : Tab 10 mg	Tamofen Tab 10 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		
			F : Tab 20 mg	(Belum Tersedia)	-		30 tab/bulan
	8.3. IMUNOSUPRESAN						
	1	azatioprin	F : tab 50 mg	(Belum Tersedia)	-	-	90 tab/bulan.
	2	basiliximab	F : inj 20 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Diberikan 20 mg pada 2 jam sblm dilakukan transplantasi, & 20 mg diberikan 4 hari setelah transplantasi. b) Diberikan bersama dengan siklosporin & kortikosteroid.	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	3	etanercept	F : serb inj 25 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	a) Digunakan untuk pasien RA yang telah gagal minimal dgn dua (2) DMARDs konvensional pada dosis maksimal, yaitu 3 bulan tidak memberikan perbaikan atau 6 bulan tidak mencapai target terapi (masih high disease activity). b) Digunakan untuk pasien Ankylosing Spondylitis (AS) yang tidak respons dgn NSAID. c) Untuk kasus (a) dan (b) hanya boleh diresepkan oleh dokter Sp.PD-KR atau Sp.PD. d) Untuk artritis idiopatik juvenile poliartikular, sebagai subgroup dari juvenile idiopathic arthtritis, pada pasien anak usia 4 – 17 tahun, yang refrakter dengan terapi DMARDs. e) Untuk artritis idiopatik juvenile poliartikular, diresepkan oleh dokter Sp.A-KAI atau Sp.A	8 vial/bulan.
			F : inj 50 mg/mL	(Belum Tersedia)	-		4 vial/bulan.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	4	everolimus	F : tab 0,25 mg, tab 0,5 mg, tab 0,75 mg	(Belum Tersedia)	-	Digunakan utk pencegahan penolakan organ pd pasien dewasa dgn risiko imunologi rendah hingga sedang yang menerima transplantasi alogenik ginjal/hati.	-
	5	hidroksiklorokuin	F : Tab 200 mg*	(Belum Tersedia)	-	Untuk kasus SLE (<i>Systemic Lupus Erythematosus</i>) atau RA	60 tab/bulan
	6	klorokuin	F : Tab 250 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk kasus SLE (<i>Systemic Lupus Erythematosus</i>) atau RA	-
	7	leflunomid	F : tab sal selaput 20 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk pasien RA atau artritis psoriatik yang gagal atau intoleran dgn metotreksat sebagai pilihan pertama. Obat ini tidak untuk initial treatment. b) Diresepkan oleh dokter Sp.PD-KR atau Sp.PD.	30 tab/bulan.
	8	metotreksat	F : tab 2,5 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk imunosupresi b) Untuk pasien dengan luas psoriasis di atas 10%.	-
			F : inj 2,5 mg/mL (i.t.)	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk penggunaan intratekal, hanya boleh digunakan sediaan preservative free. b) Diresepkan oleh dokter Sp.PD-KHOM, atau Sp.A-KHOM, atau Sp.N.	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : inj 25 mg/mL	Methotrexate Inj 50 mg/2 ml	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
	9	mikofenolat mofetil	F : Tab 500 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk kasus transplantasi organ ginjal, jantung, atau hati. b) Untuk lupus nefritis.	120 tab/bulan
	10	mikofenolat sodium	F : Tab 180 mg	(Belum tersedia)	-	-	dewasa: 60tab/bulan.
			F : Tab 360 mg	(Belum tersedia)	-	-	120tab/bulan
	11	secukinumab	F : serb inj 150 mg	(Belum tersedia)	-	Digunakan pada salah satu kondisi berikut: a) Untuk pasien psoriasis berat yang telah terbukti gagal dengan dua (2) terapi sistemik (metotreksat, siklosporin atau narrowband ultraviolet B). b) Untuk pasien artritis psoriasis yang gagal atau intoleran minimal dengan 1 DMARD konvensional. c) Untuk pasien Ankylosing Spondylitis (AS) yang tidak memberikan respons adekuat dengan NSAID.	- Untuk psoriasis berat: 8x pemberian @300 mg /siklus pengobatan - Untuk artritis psoriasis dan Ankylosing Spondylitis: 16x pemberian @150 mg /siklus pengobatan.
	12	siklosporin	F : kaps lunak 25 mg, kaps lunak 50 mg	(Belum tersedia)	-	Untuk kasus transplantasi organ atau penyakit autoimun	90 kaps/bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : Kaps 25 mg, Kaps 50 mg	Sandimmun Neoral Kaps 25 mg	PT. Novartis Indonesia		
				Sandimmun Kaps 50 mg			
			F : kaps lunak 100 mg	(Belum tersedia)	-		
			NF : Kaps 100 mg	Sandimmun Kaps 100 mg	PT. Novartis Indonesia		
			F : inj 50 mg/ml, inj 100 mg/ml	(Belum tersedia)	-		
	13	takrolimus	F : kaps 0,5 mg, kaps 1 mg	(Belum tersedia)	-	- Untuk pasien pascatransplantasi hati atau ginjal yang telah mendapat imunosupresan lainnya, tetapi tidak respons. - Untuk pencegahan rejeksi pada transplantasi hati atau ginjal.	-
			F : kaps lepas lambat 0,5 mg, kaps lepas lambat 1 mg	(Belum tersedia)	-		- Dosis awal transplantasi Ginjal: 0,2–0,3mg/kg/h ari. - Dosis awal transplantasi Hati: 0,1–0,2 mg/kg/hari - Dosis rumatan disesuaikan dengan kebutuhan pasien berdasarkan pemantauan kadar obat dlm darah.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	14	tosilizumab	F : inf 20 mg/mL	(Belum tersedia)	-	a) Utk pasien RA berat yg telah gagal dengan DMARD konvensional. b) Utk artritis idiopatik juvenile poliartikular & artritis idiopatik juvenil sistemik, pd pasien anak usia 2- 17 thn, yg telah gagal dgn terapi DMARD konvensional. c) Tidak digunakan sebagai lini pertama. d) Telah dibuktikan bahwa pasien tidak menderita infeksi sistemik termasuk TBC. e) Untuk kasus (a) diresepkan oleh dokter Sp.PD-KR atau Sp.PD. f) Untuk kasus butir (b) diresepkan oleh dokter Sp.A-KIA atau Sp.A	- 8 mg/kgBB tiap 4 minggu sekali. - Pemberian paling lama 6 bulan (24 minggu).
	+	Azatiopin	NF : Tab 50 mg	Imuran Tab 50 mg	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)	-	-
8.4. LAIN-LAIN							
	1	asam ibandronat	F : inj 1 mg/mL	(Belum tersedia)	-	a) Hiperkalsemia akibat keganasan. b) Metastatik tulang.	1 vial/bulan.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	asam zoledronat	F : Inj 4 mg/ 100 ml	(belum tersedia)	-	a) Hiperkalsemia akibat keganasan. b) Metastatik tulang.	1 vial/bulan
			NF : Inj 4 mg/ 100 ml	Zoltero Inf 4 mg/100 mL	PT Amaro Global Pharma		
	3	deksametason	F : Tab 0,5 mg	Dexamethasone Tab 0,5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
			F : Inj 5 mg/ml	Dexametason Inj 5 mg/ml	PT. Bernofarm	-	-
	4	dinatrium klodronat	F : inj 60 mg/mL	(belum tersedia)	-	a) Hiperkalsemia akibat keganasan. b) Metastatik tulang.	Dosis kumulatif maks 1.500 mg/hari slm 5 hr.
	5	kalsium folinat (leukovorin, Ca)	F : Inj 10 mg/ml	Ca Folinat Inj 10 mg/ml	PT. Ferron Par Pharmaceuticals	a) Untuk pencegahan efek toksik metotreksat b) Memperkuat efek 5-fluorourasil	Sesuai dengan dosis metotreksat atau 400 mg/m ² setiap 2 minggu brsm dgn 5-FU.
			F : tab 15 mg	(belum tersedia)	-		
	6	medroksi progesteron asetat	F : Tab 100 mg	(belum tersedia)	-	-	-
			NF : Inj 150 mg/ml	Medroxyprogesterone Acetate Inj 150 mg/ml	PT. Harsen Laboratories	-	-
	7	mesna	F : Inj 100 mg/ml	(belum tersedia)	-	Hanya diberikan untuk terapi yang menggunakan ifosfamid atau siklofosfamid dosis tinggi.	- Utk pemberian bersama ifosfamid, diberikan dgn dosis maks 60% dari dosis ifosfamid/hr, maks slm 5 hr tiap 3 minggu.
			NF : Inj 100 mg/ml	Uromitexan Inj 400 mg/4 mL	PT. Transfarma Medica Indah		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
							- Utk pemberian brsm siklofosamid dosis tinggi (> 1 g/m ²),diberikan dgn dosis maks 100% dr dosis siklofosamid/hr.
	8	metilprednisolon	F : Tab 4 mg	Methylprednisolone Tab 4 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	-
			NF : Tab 4 mg	Lameson Tab 4 mg	PT. LAPI Laboratories		
			F : Tab 16 mg	Methylprednisolone Tab 16 mg	PT. Mulia Farma Suci	-	-
			NF : Tab 16 mg	Lameson Tab 16 mg	PT. LAPI Laboratories		
			NF : Tab 8 mg	Methylprednisolone Tab 8 mg	PT. Mulia Farma Suci	-	-
				Lameson Tab 8 mg	PT. LAPI Laboratories		
	9	oktreotid LAR	F : serb Inj 20 mg, serb Inj 30 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk tumor karsinoid.	Tumor karsinoid : 20-30 mg/bulan, maks 6 bulan.
9. ANTIPARKINSON							
	1	Kombinasi : Benserazid 25 mg & Levodopa 100 mg	F : Tab, Tab <i>dispersible</i>	(belum tersedia)	-	Hanya diresepkan oleh dokter Sp.N.	120 tab/bulan
			NF : Tab	Madopar Tab	PT. Roche Indonesia		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	Kombinasi : Levodopa 100 mg, Karbidopa 25 mg, Entekapon 200 mg	F : Tab	(belum tersedia)	-	Hanya diresepkan oleh dokter Sp.N.	90 tab/bulan
	3	Pramipeksol	F : Tab 0,125 mg	(belum tersedia)	-	- Hanya diresepkan oleh dokter Sp.N. - Dosis 0,125 mg dapat juga digunakan untuk <i>Restless Leg Syndrome (RLS)</i>	60 tab/bulan
			F : Tab lepas lambat 0,375 mg, Tab lepas lambat 0,750 mg	(belum tersedia)	-		30 tab/bln
	4	Ropinirol	F : Tab SR 2 mg, Tab SR 4 mg, Tab SR 8 mg	(belum tersedia)	-	- Hanya diresepkan oleh dokter Sp.N. - Dosis 2 mg dapat juga digunakan untuk <i>Restless Leg Syndrome (RLS)</i>	30 Tab / bln
	5	Triheksipenidil*	F : Tab 2 mg	Trihexyphenidil Tab 2 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	a) Dpt digunakan pd gangguan ekstrapiramidal karena obat. b) Dalam penanganan gangguan ekstrapiramidal perlu dilakukan monitoring sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. c) Terapi awal dapat diberikan di puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan.	90 tab/bulan.
			NF : Tab 2 mg	Hexymer Tab 2 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
10. OBAT yang MEMPENGARUHI DARAH							
10.1. ANTIANEMI							
	1	Asam Folat	F : Tab 0,4 mg	Folic Acid Tab 400 mcg	PT. Promedrahardjo Farmasi Industri	-	-
			NF : Tab 0,4 mg	Folavit Tab 400 mcg	PT. Sanbe Farma	-	-
			F : Tab 1 mg	Folic Acid Tab 1 mg	PT. Mega Medica Pharmaceuticals	-	-
			NF : Tab 1 mg	Folavit Tab 1 mg	PT. Sanbe Farma	-	-
			F : Tab 5 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Ferro Sulfat	F : Tab sal selaput 300 mg, Sir 150 mg/ 5 ml	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : Tab	Proferro tab kunyah 325 mg	PT. Fahrenheit	-	-
			NF : Drop	Ferro-K drop 15 ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	3	Kombinasi : Ferro Sulfat (setara dengan 60 mg Fe elemental), Asam folat 0,4 mg	F : Tab Sal	(Belum Tersedia)	-	<i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>	-
	4	Low Molecule Ferri Sucrose	F : Inj 20 mg/ml (i.v)	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk kasus dialisis dengan defisiensi zat besi dan kadar Hb < 10 g/dL.	-
	5	Sianokobalamin (Vitamin B 12)	F : Tab 50 mcg, Inj 500 mcg/ml	Vitamin B12 Tab 50 mcg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Kombinasi : Fe Sulfat 50 mcg, asam folat 400 mcg, vit C 50 mg, vit B12 7.5 mg, vit B6 1.7 mg	NF : Tab	Sangobion Tab	PT. Merck Indonesia Tbk.	-	-
	+	Kombinasi : Vit. B1 100 mg, Vit. B6 100 mg, Vit. B12 200 mg	NF : Tab	Neurobion Tab	PT. Merck Indonesia Tbk.	-	-
	+	Kombinasi : Vit B1 100 mg, Vit B6 200 mg, Vit. B12 200 mg	NF : Tab	Neurodex Tab	PT. Dexa Medica	-	-
			NF : Inj	Neurosanbe Inj	PT. Sanbe Farma	-	-
	+	Kombinasi : Vit B1 100 mg, Vit B6 100 mg, Vit B12 5000 mcg	NF : Inj	Neurobion Dual Inj 5000 mcg	PT. P&G Health Indonesia	-	-
			NF : Tab	Neurobion F Tab 5000 mcg	PT. Merck Indonesia Tbk.		
10.2. OBAT yang MEMENGARUHI KOAGULASI							
	1	Asam Traneksamat	F : Tab 500 mg, Inj 50 mg/ml, Inj 100 mg/ml	Asam Tranexamat Tab 500 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	Untuk perdarahan masif atau berpotensi perdarahan > 600 cc.	-
				Asam Tranexamat Inj 50 mg/mL	PT. Bernofarm		
				Asam Tranexamat Inj 100 mg/mL			
			NF : Inj 100 mg/ml	Kalnex Inj 50 mg/mL	PT. Kalbe Farma Tbk.		
				Kalnex Inj 100 mg/mL			

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	Dabigatran Eteksilat	F : Kaps 75 mg, Kaps 110 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk pencegahan VTE (<i>Venous Thrombo Embolism</i>) pada <i>hip</i> dan <i>knee replacement</i> .	30 kaps, pasca operasi.
	3	enoksaparin sodium	F : inj 10.000 IU/mL	(Belum Tersedia)	-	Dapat digunakan untuk tromboemboli atau sindrom koroner akut atau pencegahan trombus pada hemodialisis atau pada tirah baring ≥ 3 hari dengan risiko sedang sampai tinggi mengalami tromboemboli.	2 vial/hari.
	4	Faktor koagulasi II, Faktor koagulasi VII, Faktor koagulasi IX, Faktor koagulasi X	F : Inj 250 IU / 10 ml, Inj 500 IU/10 ml	(belum tersedia)	-	Terapi Perdarahan dan pencegahan perdarahan pada pasien yang mengalami defisiensi faktor prothombin kompleks dapatan atau turunan.	-
			NF : 500 IU/10 ml	Koate DVI Faktor VIII serb inj 500 IU + pelarut 5 mL	PT. Dipa Pharmalab Intersains		
	5	Fitomenadion (Vitamin K1)	F : Tab 10 mg, Inj 10 mg/ml (i.m.)	Phytomenadion Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
				Phytomenadion Inj 10 mg /ml			
			F : Inj 2 mg/ml (i.m.)	Phytomenadion Inj 2 mg/ml	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	- Dosis utk bayi baru lahir 1mg. - Dosis utk bayi prematur 0,5 mg.	
	6	Fondaparinux	F : Inj 2,5 mg/0,5 mL	Fondaparinux Inj 2,5mg/0,5 mL	PT. Dexa Medica	a) Digunakan untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut. b) Tidak digunakan sebelum & selama prosedur intervensi	1 vial/ hari
			NF : Inj 2,5 mg/0,5 mL	Arixtra Inj 2,5 mg/0,5 mL	PT. Tanabe Pharma Indonesia		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						Koroner Perkutan (IKP/PCI) pada pasien sindrom koroner akut (ACS) c) Diberikan 6 jam setelah operasi ortopedi tungkai bawah dan tulang belakang, dan operasi abdominal.	
	7	Heparin, Na (<i>non porcine</i>)	F : Inj 5.000 IU/ml (i.v./s.k.) NF : Inj 5.000 IU/ml	(Belum Tersedia) Inviclot Inj. 5000 UI/ml	- PT. Fahrenheit	-	Dosis sesuai dengan target APTT (maks 20.000-40.000 IU/hari).
	8	nadroparin	F : inj 9.500 AXa/mL	(Belum Tersedia)	-	Untuk tromboemboli dan/atau sindrom koroner akut.	-
	9	Rivaroksaban	F : tab sal 10 mg NF : tab sal 10 mg	(Belum Tersedia) Xarelto Tab 10 mg	- PT. Bayer Indonesia	a) Untuk pencegahan VTE (<i>Venous Thrombo Embolism</i>) pada pasien dewasa yang menjalani <i>hip or knee replacement surgery</i> . ATAU b) Untuk Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF).	a) Untuk <i>knee replacement</i> 12 tab/kasus. b) Untuk <i>hip replacement</i> 35 tab/kasus.
			F : tab sal 15 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk terapi DVT atau Untuk SPAF	30 tab/bulan. 42 tab/kasus. 30 tab/bulan.
			F : tab sal 20 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk terapi DVT atau	30 tab/bulan, maks 3 bulan.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : tab sal 20 mg	Xarelto Tab 20 mg	PT. Bayer Indonesia	Untuk SPAF	30 tab/bulan.
	10	Warfarin	F : Tab 2 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk pencegahan dan terapi <i>thromboembolism</i> . b) Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2-3). c) Pada pasien dalam kondisi stabil (tidak ada perdarahan), dengan tercapainya target INR (2-3), diperlukan evaluasi INR rutin maksimal setiap 3 bulan.	-
			NF : Tab 2 mg	Notisil Tab 2 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
	+	Protamin Sulfat	F : inj 10 mg/ml (i.v)	Protamine Sulphate Inj 10 mg/mL	PT. Fresenius Kabi Indonesia	-	-
	+	Komposisi: Collagenase, fibrinolysin & activator Profibrinolysin	NF : Kaps	Plasmin Kaps	PT. Pertiwi Agung (Landson)	-	-
10.3. OBAT untuk KELEBIHAN BESI							
	1	Deferasiroks	F : Tab <i>dispersible</i> 250mg, Tab <i>dispersible</i> 500 mg, Tab sal selaput 180 mg, Tab sal selaput 360 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk terapi kelasi besi. b) Tidak diberikan untuk anak usia < 2 tahun. c) Terapi awal harus ditentukan oleh hematologi anak atau hematologi dewasa.	Maks 40 mg/kgBB diberikan per bulan
			NF : Tab 250 mg	Dextron Tab 250 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
	2	Deferipron	F : Tab 500 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk terapi kelasi besi.	50-75 mg/kgBB/hari

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						b) Terapi awal harus ditentukan oleh hematologi anak atau hematologi dewasa.	
			F : Sir 100 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	Terapi awal harus ditentukan oleh hematologi anak atau hematologi dewasa.	50-75 mg/kgBB/hr maks 1 btl/bulan
			NF : Sir 100 mg/mL	Ferriprox Sir 100 mg/mL	PT. Sydna Farma / PT. Quamed		
	3	Deferoksamin	F : Inj 500 mg	(Belum Tersedia)	-	-	Dosis anak usia < 3 thn: 20-30 mg /kgBB/hr, maks 5-7 hr. Dosis usia > 3 thn: 40-60 mg/kgBB /hr, maks 5-7 hr.
10.4. HEMATOPOETIK							
	1	eltrombopag	F : tab sal selaput 25 mg, tab sal selaput 50 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk Trombositopenia pada pasien Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) kronik yang tidak respons terhadap terapi kortikosteroid, imunoglobulin atau splenektomi. b) Hanya digunakan untuk pasien ITP yang memiliki risiko tinggi untuk terjadinya perdarahan (trombosit < 30.000/mm ³).	- Platelet telah mencapai > 30.000 /mm ³ tanpa disertai perdarahan. - Maks pemberian 2 minggu.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						c) Obat diberikan dengan target trombosit $> 30.000/\text{mm}^3$, dipertahankan stabil minimal selama 2 minggu lalu dikembalikan ke pengobatan awal.	
	2	Eritropoetin-alfa	F : Inj 2,000 IU	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk penderita CKD Stadium 4, 5, dan 5 dengan dialisis (HD, CAPD) dengan kriteria berikut:	50-100 IU/kgBB diberikan maks 2x seminggu.
			F : Inj 3,000 IU	(Belum Tersedia)	-		
			NF : Inj 3,000 IU	Renogen Inj 3000 IU	PT. Kalbe Farma Tbk.		
			F : Inj 4,000 IU	(Belum Tersedia)	-	a) Kadar Hb $< 10 \text{ g/dL}$ (terapi awal) dan $10-12 \text{ g/dL}$ (terapi rumatan).	
						b) Kadar besi normal (SI $> 60 \text{ mcg/dL}$) dan/atau indeks saturasi besi (SI/TIBC $\times 100\%$) $> 20\%$.	
			F : Inj 10,000 IU	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk pasien kanker yang mengalami anemia pada penggunaan kemoterapi yang myelosupresif, dengan kadar Hb $< 10 \text{ g/dL}$. b) Hanya boleh diresepkan oleh KHOM atau KGH atau Spesialis Penyakit Dalam yang bersertifikasi.	
			F : Inj 40,000 IU	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk pasien kanker yang mengalami anemia pada	1x per minggu

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						penggunaan kemoterapi yang myelosupresif, dengan kadar Hb < 10 g/dL. b) Hanya boleh diresepkan oleh KHOM.	
	3	Eritropoetin-beta	F : Inj 2.000 IU	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk penderita CKD dengan kriteria berikut: a) Kadar Hb < 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dL (terapi rumatan). b) Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dL) dan/atau indeks saturasi besi (SI/TIBC x 100%) > 20%.	50-100 IU/kg BB diberikan maks 2x seminggu.
	4	Filgrastim	F : inj 300 mcg	(belum tersedia)	-	a) Hanya untuk leukopenia berat pra dan pascakemoterapi (leukosit kurang dari 4.000/mm³ dan neutrofil kurang dari 1.500/mm³). b) Pemakaian protokol FLAG dan RICE.	1 vial/hari selama 5 hari
			NF : inj 300 mcg	Leucogen Inj 300 mcg/mL	PT. Kalbe Farma Tbk.		
	5	Lenograstim	F : serb inj 263 mcg	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk leukopenia berat pra dan pascakemoterapi (leukosit kurang dari 4.000/mm³ dan neutrofil kurang dari 1.500/mm³).	1 vial/hari selama 5 hari.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						b) Pemakaian protokol FLAG dan RICE.	
	6	metoksi polietilen glikol-epoetin beta	F : inj 50 mcg/0,3 ml, inj 75 mcg/0,3 ml	(belum tersedia)	-	Hanya untuk penderita CKD Stadium 4, 5, dan 5 dengan dialisis (HD, CAPD) dengan kriteria berikut: a) Kadar Hb < 10 g/dl (terapi awal) dan 10-12 g/dl (terapi rumatan). b) Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dl) dan /atau indeks saturasi besi (SI/TIBC x 100%) > 20% c) Tidak digunakan untuk pasien anak	1 vial / bulan
11. PRODUK DARAH dan PENGGANTI PLASMA							
11.1. PRODUK DARAH							
	1	Faktor VIIa (rekombinan)	F : inj 1 mg	(Belum Tersedia)	-	Hanya diberikan untuk: a) Penderita hemofilia dgn inhibitor thdp faktor VIII/faktor IX. b) Penderita dgn hemofilia kongenital yg memiliki respons anamnestik tinggi thdp pemberian faktor VIII/faktor IX.	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						c) Mencegah episode pendarahan pd penderita dgn defisiensi faktor VII kongenital, penderita hemofilia didapat (<i>acquired</i>) & penderita <i>glanzmann thrombastenia</i>. d) Hanya boleh diberikan oleh hematologi dewasa/ hematologi anak.	
	2	faktor VIII (konsentrat)	F : inj 250 IU	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk terapi kasus hemofilia A dengan perdarahan. b) Dibawah pengawasan ahli hematologi dan/atau ahli penyakit dalam dan anak.	FVIII (unit) = BB (kg) x % (target kadar plasma - kadar FVIII pasien).
			F : inj 500 IU	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk terapi kasus hemofilia A dengan perdarahan.	
			NF : inj 500 IU	Koate DVI Faktor VIII serb inj 500 IU + pelarut 5 mL	PT. Dipa Pharmalab Intersains	b) Dibawah pengawasan ahli hematologi dan/atau ahli penyakit dalam dan anak.	
			F : inj 230 - 340 IU, inj 480 - 600 IU	(Belum Tersedia)	-	-	
			F : inj 1.000 IU	(Belum Tersedia)	-	a) Utk terapi kasus hemofilia A. b) Dibawah pengawasan ahli hematologi dan/atau ahli penyakit dalam dan anak.	

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	3	Faktor IX kompleks	F : inj 250 IU, inj 500 IU, inj 1.000 IU, inj 50 IU/mL	(Belum Tersedia)	-	Hanya digunakan untuk penderita dengan defisiensi faktor IX.	-
11.2. PENGANTI PLASMA dan PLASMA EKSPANDER							
	1	Albumin serum normal (Human Albumin)	F : Inj 5%	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk luka bakar tingkat 2 (luas permukaan terbakar lebih dari 30%) dan kadar albumin < 2,5 g/dL atau Untuk plasmaferesis.	Diberikan selama 24 jam. Perhitungkan kebutuhan albumin berdasar BB.
			F : Inj 20%	(Belum Tersedia)	-	Dapat digunakan pada salah satu atau lebih kondisi berikut:	100 mL/hari, 300 mL/ minggu.
			NF : Inj 20%	Plasbumin 20% 100 mL	PT. Dipa Pharmalab Intersains		
				Albumin Biotest 20% 50 ml	PT. Pharmasolindo	a) Kadar albumin < 2,5 g/dL. b) Kadar albumin < 2,5 g/dL pada sindrom nefrotik yang disertai edema anasarca dan/atau renjatan. c) Diberikan apabila terdapat kondisi presyok atau syok, dan/atau untuk kasus asites masif dengan penekanan organ pernapasan atau perut.	
			F : Inj 25%	(Belum Tersedia)	-	a) Kadar albumin < 2,5 g/dL.	100 mL/hari, 300mL/minggu.
			NF : Inj 25%	Albuminar 25% 100 ml	PT. Dexta Medica		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
				Plasbumin 25% 50 mL	PT. Dipa Pharmalab Intersains	b) Kadar albumin < 2,5 g/dL pada sindrom nefrotik yang disertai edema anasarka dan/atau renjatan. c) Diberikan apabila terdapat kondisi presyok atau syok, dan/atau untuk kasus asites yang massif dengan penekanan organ pernafasan atau perut.	
	2	Fraksi Protein Plasma	F : inf 5%	(Belum Tersedia)	-	-	-
	3	Pengganti plasma golongan gelatin	F : inf	(Belum Tersedia)	-	Untuk penatalaksanaan syok hipovolemik.	6 btl/hari, maks 2 hari.
			NF : inf	Gelofusine Inf 4 % 500 mL	PT. B.Braun Medical Indonesia		
			Gelafusal Inf 500 ml	PT. Dexa Medica			
12. DIAGNOSTIK							
12.1. BAHAN KONTRAS RADIOLOGI							
12.1.1. Gastrointestinal							
	1	Barium Sulfat	F : serb 92 g/100 g, susp 95%	(Belum Tersedia)	-	-	-
12.1.2. Intravaskular							
	1	Iodixanol	F : inj 320 mg Iodium/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Iohexsol	F : inj 240-350mg Iodium/mL	Iohexol Inj 300 mg Iodium/ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
				lohexol Inj 350 mg iodium/ml			
	3	lopamidol	F : inj 300 - 370 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : inj 300 - 370 mg/mL	lopamiro Inj 300 mg/ml	PT. Bracco		
				lopamiro Inj 370 mg/ml			
	4	iopromid	F : inf 300 - 370 mg Iodium/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
12.1.3. Intratekal							
	1	loheksol	F : inj 180-300 mg Iodium/mL	lohexol Inj 300 mg Iodium/ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	2	lopamidol	F : inj 300 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : Inj	lopamiro Inj 300 mg/ml	PT. Bracco		
12.1.4. Body cavity							
	1	Kombinasi : Meglumin Amidotrizoat & sodium amidotrizoat	F : inj 76%	(Belum Tersedia)	-	-	-
12.2. MAGNETIC RESONANCE CONTRAST MEDIA							
	1	Gadobutrol	F : inj 1 mmol/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Gadoksetat Disodium	F : inj 0,25 mmol/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
	3	Gadoteric Acid	F : inj 279,32 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	Dapat digunakan pada bayi baru lahir cukup bulan (full term neonates atau pasien anak atau pasien dewasa.	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
12.3. ULTRASOUND							
	1	Galactose microparticle	F : 200-400 mg micropart/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
12.4. RADIOFARMAKA KEDOKTERAN NUKLIR							
12.4.1. Radiofarmaka Kedokteran Nuklir Diagnostik							
	1	¹³¹ I - MIBG (meta-iodobenzylguanidine)	F : inj	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	FDG (fluoro deoxy glucose)	F : sesuai kebutuhan	(Belum Tersedia)	-	-	-
	3	iodium 131	F : lar oral	(Belum Tersedia)	-	-	-
	4	technetium 99m	F : 740 MBq-3,7 GBq (20 to 100 milliCurie)/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
12.4.2. Farmaka Kedokteran Nuklir							
	1	DMSA(dimercaptosuccinic acid)	F : 1,1 mg meso-2, 3-Dimercaptosuccinic acid/vial	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	DTPA(diethylenetriamine pentaacetic acid)	F : serb inj	(Belum Tersedia)	-	-	-
	3	MAA (macro aggregate albumin)	F : 0,11-2,5 mg albumin aggregated/reaction vial	(Belum Tersedia)	-	-	-
	4	MAG3(mercaptoacetyl triglysine)	F : 1 mg betiatide/vial	(Belum Tersedia)	-	-	-
	5	MDP (methylene diphosphonate)	F : serb inj	(Belum Tersedia)	-	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	6	MIBI (methoxyisobutyl isonitrile)	F : serb inj	(Belum Tersedia)	-	-	-
	7	oktreotid asetat	F : 0,05–6 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
	8	Stannous pyrophosphate	F : 27,6 mg sodium pyrophosphate/vial	(Belum Tersedia)	-	-	-
	9	sulfur colloid	F : 4,5 mg gelatin/vial	(Belum Tersedia)	-	-	-
12.4.3. Radiofarmaka Kedokteran Nuklir untuk Terapi							
	1	153-Sm-EDTMP (ethylenediamine tetramethylene phosphonic acid)	F : inj	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	iodium 131	F : lar oral	(Belum Tersedia)	-	-	-
12.5. TES FUNGSI							
12.5.1. Mata							
	1	natrium fluoresein	F : tts mata 2%	(Belum Tersedia)	-	-	-
			F : inj 100 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	Digunakan di fasilitas kesehatan dengan ketentuan: a) Memiliki dokter yg kompeten utk mengantisipasi reaksi anafilaksis. b) Memiliki alat utk melakukan Fundus Fluorescein Angiography (FFA) dan/atau Indocyanine Green (ICG) fotografi/videografi.	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	tropikamid	F : tts mata 0,5%, tts mata 1%	(Belum Tersedia)	-	-	-
12.5.2. Tes Kulit							
	1	tuberkulin protein purified derivative	F : inj 2 TU/0,1 mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
13. ANTISEPTIK dan DISINFEKTAN							
13.1. ANTISEPTIK							
	1	Hidrogen Peroksida	F : lar 3%	(Belum Tersedia)	-	Catatan: Dibuat baru (recenter paratus, r.p.), dalam botol tertutup rapat, terlindung dari cahaya.	-
	2	Klorheksidin	F : lar 1 - 2%	(Belum Tersedia)	-	Untuk diencerkan bila akan digunakan.	-
			F : lar 0,5%	E care Handrub E care Handwash	EMP	-	-
	3	Povidon Iodin	F : lar 100 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : Oint, Solutio	Povidon Iodida Sol 30 ml	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
				Povidon Iodida Sol 60 ml			
				Povidon Iodida Sol 1 L			
	+	Tetra Chlorodeca Oxygen	NF : Solution	Oxoferin Topical Solutio 30 mL	PT. Pharos Tbk.	-	-
13.2. DISINFEKTAN							
	1	Etanol 70%	F : lar 70%	Alkohol 70%	PT. Brataco Chemika	-	-
	+	Etanol 96%	F : lar 96%	Alkohol 96%	PT. Brataco Chemika	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
14. OBAT dan BAHAN untuk GIGI							
14.1. ANTISEPTIK dan BAHAN untuk PERAWATAN SALURAN AKAR GIGI							
	1	Eugenol	F : lar	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Formokresol	F : lar	(Belum Tersedia)	-	-	-
	3	Kalsium Hidroksida	F : bubuk, pasta	(Belum Tersedia)	-	-	-
	4	Klorfenol Kamfer Mentol (CHKM)	F : lar	(Belum Tersedia)	-	-	-
	5	Klorheksidin	F : lar 0,2%	(Belum Tersedia)	-	-	-
			F : lar 0,5%	E care Handrub	EMP	-	-
				E care Handwash		-	-
			NF : Gargle	Minosep Gargle 60 mL	PT. Minorock Mandiri	-	-
				Minosep Gargle 150 mL		-	-
	6	Kombinasi : Deksametason asetat 0,1%, Thymol 5 %, Paraklorphenol 30 %, Campor 64%	F : cairan	(Belum Tersedia)	-	-	-
	7	Kombinasi : Lidokain, medisinal creosote phenol, eugenol, benzil alkohol	F : cairan	(Belum Tersedia)	-	-	-
	8	Natrium Hipoklorit	F : Lar 5%	(Belum Tersedia)	-	-	-
	9	Pasta pengisi saluran akar	F : pasta	(Belum Tersedia)	-	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	10	povidon iodin	F : lar obat kumur 1%	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : lar	Betadine Gargle Sol 100 mL	PT. Mahakam Beta Farma	-	-
				Betadine Gargle Oint 5 g			
				Betadine Gargle Sol 15 mL			
14.2. ANTIFUNGI OROFARINGEAL							
	1	Nystatin	F : Susp 100.000 IU/mL	Nystatin Susp 100,000 IU/mL	PT. LAPI Laboratories	-	-
			NF : Susp 100.000 IU/mL	Kandistatin susp 100.000 iu/ml	PT. Mestika Farma		
14.3. OBAT untuk PENCEGAHAN KARIES							
	1	Fluor	F : Tab 1 mg, Sediaan topikal	(Belum Tersedia)	-	-	-
14.4. BAHAN TUMPAT							
	1	Bahan tumpatan sementara	F : serb	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Komposit resin	F : pasta aktivasi sinar	(Belum Tersedia)	-	-	-
14.5. PREPARAT LAINNYA							
	1	Anestetik lokal gigi kombinasi : Lidocain 2 % dan Ephinefrin 1 : 80.000	F : inj 2 mL	(Belum Tersedia)	-	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	Akuades	F : cairan 500 mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : cairan	Aqua Pro Inj 25 ml	PT. Otsuka Indonesia	-	-
				WIFI Inf 1000 ml	PT. Widatra Bhakti	-	-
	3	Articulating Paper	F : kertas warna penanda oklusi	(Belum Tersedia)	-	-	-
	4	Etil Chlorida	F : spray 100 mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
	5	Ferrakrilum	F : cairan 1%	(Belum Tersedia)	-	-	-
	6	Kombinasi : triam-sinolon asetonid & dementilklortetrasiklin	F : pasta	(Belum Tersedia)	-	-	-
	7	Lidocain	F : inj 2%	Lidocain Inj 2% 2ml	PT. Bernofarm	-	-
			F : gel 2%, spray topikal 10%	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : oint	Haemocain Oint	PT. Galenium Pharmasia Laboratories	-	-
	+	Lidocain 20 mg & Epinefrin 0.0125mg/ml	NF : Inj	Pehacain Inj	PT. Phapros Tbk.	-	-
	8	Pasta devitalisasi (non arsen)	F : Pasta	(Belum Tersedia)	-	-	-
9	Surgical ginggival pack	F : Pasta	(Belum Tersedia)	-	-	-	
		NF : Pasta	Gengigel Sachet	Millenium			
15. DIURETIK dan OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT							
15.1. DIURETIK							
	1	Furosemid	F : Tab 40 mg	Furosemid Tab 40 mg	PT. Indofarma Tbk.	-	90 tab/bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			F : inj 10 mg/mL (i.v./i.m.)	Furosemid Inj 10 mg/mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	-
	2	Hidroklorotiazid	F : Tab 25 mg	Hydrochlorothiazide (HCT) Tab 25 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	30 tab/bulan
	3	Manitol	F : inf 20%	Manitol Inf 20% 250 ml Manitol Inf 20% 500 ml	PT. Finusolprima Farma Internasional	-	2 btl/hari
	4	Spironolakton*	F : Tab 25 mg F : Tab 100 mg	Spironolactone Tab 25mg Spironolactone Tab 100 mg	PT. Dexta Medica	-	30 tab/bulan
15.2. OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT							
	1	Doksazosin	F : Tab 1 mg, Tab 2 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan
	2	Dutasterid	F : kaps lunak 0,5 mg	Dutasteride Kaps 0,5 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	30 kaps/bulan
	3	Finasterid	F : Tab 5 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan
	4	Silodosin	F : Tab 4 mg	(Belum Tersedia)	-	diberikan pd obstruksi outlet kandung kemih akibat BPH.	60 tab/bulan
	5	Tamsulosin	F : tab 0,2 mg F : Tab lepas lambat 0,4 mg NF : Tab 0,4 mg	(Belum Tersedia) Tamsulosin Tab 0,4 mg Farlosin SR Tab 0,4 mg	- PT. Novell Pharmaceutical Laboratories PT. Fahrenheit	-	30 tab/bulan
	6	Terazosin	F : Tab 1 mg, Tab 2 mg	Terazosin Tab 1 mg Terazosin Tab 2 mg	PT. Dexta Medica	-	30 tab/bulan
	+	Solifenacin Succinate	F : Tab 5 mg	Vesicare Tab 5 mg	PT. Astellas Pharma Indonesia	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
16. HORMON, OBAT ENDOKRIN LAIN dan KONTRASEPSI							
16.1. HORMON ANTIDIURETIK							
	1	Desmopresin	F : Tab 0,1 mg, Tab 0,2 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : Tab 0,1 mg	Minirin Tab 0,1 mg	PT. Abbott Indonesia		
			F : nasal spray 10 mcg/puff	(Belum Tersedia)	-	-	3 btl spray /bln
	2	vasopresin	F : Inj 20 IU/mL (i.m./s.k.)	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : Inj	Farpresin Inj 1 mg/mL	PT. Fahrenheit		
	+	Tolvaptan	NF : Tab	Samsca Tab 15 mg	PT. Otsuka Indonesia	-	-
16.2. ANTIDIABETES							
16.2.1. Antidiabetes Oral							
	1	Akarbose*	F : Tab 50 mg, Tab 100 mg	Acarbose Tab 50 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	90 tab/bulan
				Acarbose Tab 100 mg		-	
	2	Glibenklamid*	F : Tab 2,5 mg, Tab 5 mg	Glibenclamide Tab 5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	maks 15 mg/hari. Maks 90 tab/bln.
	3	Gliklazid*	F : tab lepas lambat 30 mg, tab lepas lambat 60 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan.
			NF : tab lepas lambat 60 mg	Fonylin MR Tab 60 mg	PT. Ferron Par Pharmaceuticals		
			F : tab 80 mg	Gliclazide Tab 80 mg	PT. Dixa Medica	-	60 tab/bulan
	4	Glikuidon*	F : tab 30 mg	Gliquidone Tab 30 mg	PT. Dixa Medica	-	90 tab/bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	5	Glimepirid*	F : tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg	Glimepiride Tab 1 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	60 tab/bulan.
				Glimepiride Tab 2 mg			
				Glimepiride Tab 3 mg			
			F : tab 4 mg	Glimepiride Tab 4 mg	PT. Kimia Farma Tbk.		30 tab/bulan.
	6	Glipizid*	F : tab 5 mg, tab 10 mg	Glipizide Tab 5 mg	PT. Pfizer Indonesia	-	90 tab/bulan.
				Glipizide Tab 10 mg			
	7	Metformin*	F : tab 500 mg	Metformin Tab 500 mg	PT. Dexa Medica	-	90 tab/bulan. Dosis : 1.500-2.500 mg/hari.
			NF : tab lepas lambat 500 mg	Glucophage Tab XR 500 mg	PT. Merck Indonesia Tbk.		
			F : tab 850 mg	Metformin Tab 850 mg	PT. Dexa Medica		60 tab/bulan
			NF : tab lepas lambat 750 mg	Glucophage Tab XR 750 mg	PT. Merck Indonesia Tbk.		
	+	Kombinasi : Metformin 500 mg dan Empagliflozin 5mg	NF : Tab	Jardiance Duo Tab	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia	Hanya untuk pasien umum	
	8	Pioglitazone	F : tab 15 mg, tab 30 mg	Pioglitazone Tab 15 mg	PT. Dexa Medica	Tdk diberikan pd pasien dengan gagal jantung atau edema krn sebab lain, dan/atau riwayat keluarga bladder cancer.	30 tab/bulan
				Pioglitazone Tab 30 mg			
			NF : tab 15 mg, tab 30 mg	Pionix Tab 15 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		
				Pionix Tab 30 mg			
	9	Sitagliptin	F : Tab sal selaput 100 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Tdk digunakan sbg lini pertama/terapi inisial. b) Sbg terapi tambahan pd metformin dan/atau sulfonilurea dgn dosis	30 tab/bulan.
			NF : Tab 100 mg	Januvia Tab 100 mg	PT. Merck Indonesia Tbk.		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						optimal yg masih dpt ditoleransi oleh pasien. c) Tdk sbg obat tunggal.	
	10	Vildagliptin*	F : tab 50 mg NF : tab 50 mg	Vildagliptin Tab 50 mg Galvus Tab 50 mg	PT. Dexa Medica PT. Novartis Indonesia	a) Tdk digunakan sbg lini pertama/terapi inisial. b) Sbg terapi tambahan pd metformin dan/atau sulfonilurea dgn dosis optimal yg masih dpt ditoleransi oleh pasien. c) Tdk sbg obat tunggal.	60 tab/bulan
	+	Linagliptin	NF : Tab 5 mg	Trajenta Tab 5 mg	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia	-	-
	+	Saxagliptin	NF : Tab 5 mg	Onglyza Tab 5 mg	PT. AstraZeneca Indonesia	-	-
	+	Dapagliflozin	NF : Tab 5 mg, Tab 10 mg	Forxiga Tab 5 mg Forxiga Tab 10 mg	PT. AstraZeneca Indonesia	-	-
16.2.2. Antidiabetes Parenteral							
		a. Dapat digunakan untuk pasien DM tipe 1 atau DM tipe 2. b. Untuk DM tipe 1 dapat dimulai dengan Human Insulin atau Analog Insulin. c. Wanita hamil yang memerlukan insulin maka diutamakan menggunakan human insulin. d. Diperlukan kehati-hatian terhadap risiko terjadinya hipoglikemia yang penanganannya merujuk pada penatalaksanaan hipoglikemia.					
		Human insulin Basal					
	1	insulin NPH (Neutral Protamine Hagedorn)*	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)	(Belum tersedia)	-	a) Pasien DM tipe 2 yg sdh diberikan kombinasi metformin & obat diabetes	Dalam kondisi tertentu, Dokter di FPKTP dapat

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						oral lainnya dgn dosis optimal masing-masing obat telah diberikan minimal dlm 3 bln namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7,5% / gula darah rerata > 169mg/dL). Atau b) Pasien DM tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dgn gejala-gejala dekompensasi metabolik. c) Pemberian insulin pada (a) dan (b) dpt dilanjutkan utk pasien DM tipe 2, jika insulin dibutuhkan utk pengendalian glukosa darah.	melakukan penyesuaian dosis (titrasi) insulin basal hingga 20 IU/hari.
Human Insulin Prandial							
	1	insulin regular*	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)	(Belum tersedia)	-	-	-
Human Insulin Campuran							
	1	kombinasi 70% insulin NPH dan 30% insulin regular*	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)	(Belum tersedia)	-	a) Pasien DM tipe 2 yg sudah diberikan kombinasi metformin & obat diabetes oral lainnya dgn dosis optimal masing-masing obat telah diberikan minimal dlm 3 bln namun kadar glukosa darahnya belum terkendali	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						(HbA1C > 7,5% atau gula darah rerata > 169 mg/dL). Atau b) Pasien DM tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik. c) Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien DM tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.	
Analog Insulin Basal							
	1	<i>insulin detemir*</i>	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)	Levemir Flexpen	Novo Nordisk	a) Pasien DM tipe 2 yg sdh diberikan kombinasi metformin & obat diabetes oral lainnya dgn dosis optimal masing-masing obat tlg diberikan minimal dlm 3 bln namun kadar glukosa darahnya blm terkendali (HbA1C > 7,5% / gula darah rerata > 169 mg/dL). Atau b) Pasien DM tipe 2 dgn kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik.	Dalam kondisi tertentu, Dokter di FKPTP dapat melakukan penyesuaian dosis (titrasi) insulin basal hingga 20 IU/hari.
	2	<i>insulin glargine</i>	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)*	Lantus Solostar Inj 100IU/ml	PT. Kalventis Sinergi Farma		
			F : inj 300 IU/mL (disposable cartridge)	(Belum tersedia)	-		-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						c) Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien DM tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.	
Analog Insulin Prandial							
	1	<i>insulin lispro*</i>	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)	Humalog Kwikpen	PT. Zuellig Pharma	-	-
	2	<i>insulin aspart*</i>	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)	Novorapid Flexpen	Novo Nordisk	-	-
	3	<i>insulin glulisin*</i>	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)	Apidra Solostar 100 IU/ml	PT. Sanofi Aventis Indonesia	-	-
Analog Insulin Campuran							
	1	<i>kombinasi 70% insulin protamine aspart dan 30% insulin aspart*</i>	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)	Novomix 30 Flexpen	Novo Nordisk	a) Pasien diabetes melitus tipe 2 yg sudah diberikan kombinasi metformin & obat diabetes oral lainnya dgn dosis optimal masing2 obat telah diberikan minimal dlm 3 bln namun kadar glukosa darahnya belum terkontrol (HbA1C > 7,5% / gula darah rerata > 169 mg/dL). b) Pasien dm tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai	-
	2	<i>kombinasi 75% insulin protamine lispro dan 25% insulin lispro*</i>	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)	Humalog Mix 25 Kwikpen	Eli Lilly		-
	3	<i>kombinasi 50% insulin protamine lispro dan 50% insulin lispro*</i>	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)	Humalog Mix 50 Kwikpen	Eli Lilly		-
	4	<i>Co-formulation 70% insulin degludec</i>	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)	Ryzodeg	Novo Nordisk		-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
		<i>(ultra-long acting insulin) dan 30% insulin aspart*</i>				dgn gejala-gejala dekompensasi metabolik. c) Pemberian insulin pada (a) dan (b) dpt dilanjutkan utk pasien DM tipe 2, jika insulin dibutuhkan utk mempertahankan pengendalian glukosa darah.	
	+	<i>Kombinasi Glargline 100 IU/ml & Lixisinatide 50 mcg/ml</i>	F : inj 100 IU/mL (disposable cartridge)	Soliqua	PT. Sanofi Aventis Indonesia	-	-
16.3. HORMON KELAMIN dan OBAT yang MEMENGARUHI FERTILITAS							
16.3.1. Androgen							
	1	Testosteron	F : kaps lunak 40 mg	(Belum tersedia)	-	Hanya untuk defisiensi hormon.	-
			F : inj 250 mg/mL	(Belum tersedia)	-	Hanya utk defisiensi hormon (dgn kadar testosteron 250-300).	-
16.3.2. Estrogen							
	1	Estrogen terkonjugasi	F : tab 0,625 mg	(Belum tersedia)	-	-	-
16.3.3. Progestogen							
	1	dienogest	F : Tab 2 mg	(belum tersedia)	-	Hanya untuk endometriosis.	30 tab/bln slm maks 6 bln.
			NF : Tab 2 mg	Nelandoz Tab 2 mg	PT. Fahrenheit		
	2	linestrenol	F : tab 5 mg	(Belum tersedia)	-	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	3	medroksi progesteron asetat	F : tab 5 mg, tab 10 mg	(Belum tersedia)	-	Hanya untuk amenorea sekunder, perdarahan uterus abnormal dan endometriosis.	30 tab/bulan
			F : inj 50 mg/mL, inj 150 mg/mL	Medroxyprogesterone Acetate Inj 150 mg/ml	PT. Harsen Laboratories		-
	4	nomegestrol asetat	F : tab/kaps 5 mg	(Belum tersedia)	-	-	-
	5	noretisteron	F : tab 5 mg	(Belum tersedia)	-	Hanya untuk amenorea sekunder, perdarahan uterus abnormal dan endometriosis.	30 tab/bulan
			NF : tab 5 mg	Norestil Tab 5 mg	PT. Guardian Pharmatama		
	+	Progesterone	NF : Suppositoria	Cygest Supp 200 mg	PT. Actavis Indonesia	-	-
				Cygest Supp 400 mg			
			NF : Tab	Microgest Tab 200 mg	PT. LAPI Laboratories		
16.3.4. Kontrasepsi							
16.3.4.1. Kontrasepsi, Oral							
	1	Desogrestel	F : Tab 75 mcg	(Belum tersedia)	-	-	-
	2	Kombinasi : Desogestrel 150 mcg & Etinilestradiol 30 mcg	F : Tab	(Belum tersedia)	-	-	-
	3	Kombinasi : Levon- orgestrel 150 mcg & Etinilestradiol 30 mcg	F : Tab	(Belum tersedia)	-	Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.	-
	4	Linestrenol	F : tab 0,5 mg	(Belum tersedia)	-	-	-
16.3.4.2. Kontrasepsi, Parenteral							
	1	Kombinasi : Medroksi Progesteron Asetat 25	F : inj	(Belum tersedia)	-	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
		mg & Estradiol Sipionat 5 mg					
	2	Kombinasi : Medroksi Progesteron Asetat 120 mg & Estradiol Sipionat 10 mg	F : inj	(Belum tersedia)	-	Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.	-
	3	Medroksi progesteron asetat	F : inj 150 mg/mL	Medroxyprogesterone Acetate Inj 150 mg/ml	PT. Harsen Laboratories		-
16.3.4.3. Kontrasepsi, AKDR (IUD)							
	`1	IUD Levonorgestrel	F : Set	(Belum tersedia)	-	-	-
16.3.4.4. Kontrasepsi, Implan							
	1	Etonogestrel	F : implan 68 mg	(Belum tersedia)	-	-	-
	2	Levonorgestrel	F : implan 1 rod, 160 mg; implan 2 rods @ 75 mg (3-4 tahun)	(Belum tersedia)	-	Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.	-
16.3.5. Lain - Lain							
	1	Bromokriptin	F : tab 2,5 mg	(Belum tersedia)	-	Untuk hiperprolaktinemia	-
	2	somatropin	F : inj	(Belum tersedia)	-	a) Utk defisiensi Growth Hormone, penegakan diagnosis dgn melampirkan provocative test (contoh: Insulin Tolerance Test) & IGF1. b) Diresepkan oleh dokter Sp.PD-KEMD.	Diberikan setiap hari, dievaluasi setiap 3 bln sampai umur 14 thn utk (pr) & 16 thn utk (lk ²), maks 5 vial/bln.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Clomifen sitrat	NF : Tab	Profertil Tab 50 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
16.4. HORMON TIROID dan ANTITIROID							
	1	Karbimazol	F : tab 5 mg	(Belum tersedia)	-	-	Utk bln pertama maks 180 tab/bln
	2	Levotiroksin	F : tab 25 mcg	(Belum tersedia)	-	-	-
			F : tab 50 mcg	(Belum tersedia)	-		Untuk substitusi 150-200 mcg/hari. 90 tab/bulan
			NF : tab 50 mcg	Euthyrox Tab 50 mcg	PT. Merck Indonesia Tbk.		
			F : tab 100 mcg	Levotiroksin 100 mcg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	60 tab/bulan
			NF : tab 100 mcg	Euthyrox Tab 100 mcg	PT. Merck Indonesia Tbk.		
	3	Propiltiourasil	F : tab 100 mg	Propiltiourasil Tab 100 mg	PT. Dexta Medica	-	Utk bln pertama maks 180 tab/bln
	4	Tiamazol	F : Tab 5 mg	Tiamazol Tab 5 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	120 tab/bulan
			F : tab 10 mg	Tiamazol Tab 10 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		Untuk bulan pertama maks 90 tab/bulan
			NF : Tab 10 mg	Thyrozol Tab 10 mg	PT. Merck Indonesia Tbk.		
16.5. KORTIKOSTEROID							
	1	Dexametason	F : Tab 0,5 mg, Inj 5mg/ml	Dexamethasone Tab 0,5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
			F : Tab 0,5 mg, Inj5mg/ml	Dexametason Inj 5 mg/ml	PT. Bernofarm	-	-
	2	Hidrokortison	F : Tab 20 mg, Serb inj 100 mg	Hidrokortison Inj 100 mg	PT. Fahrenheit	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN		
	3	Methylprednisolon	F : Tab 4 mg*, Tab 8 mg*, Tab 16 mg*	Methylprednisolone Tab 4 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	-		
				Methylprednisolone Tab 8 mg	PT. Mulia Farma Suci				
				Methylprednisolone Tab 16 mg					
			NF : Tab 4 mg, Tab 8 mg, Tab 16 mg	Lameson Tab 4 mg	PT. LAPI Laboratories				
				Lameson Tab 8 mg					
				Lameson Tab 16 mg					
			F : inj 125 mg, inj 500 mg	Methylprednisolone Inj 125 mg/ml	PT. Bernofarm			Hanya digunakan untuk kasus spesialisik, digunakan dalam waktu relatif singkat.	-
				Methylprednisolone Inj 500 mg/ml	PT. Phapros Tbk.				
				NF : inj 125 mg	Lameson Inj 125 mg/ml				
	4	Prednison*	F : tab 5 mg	Prednison Tab 5 mg	PT. Ifars Pharmaceutical Laboratories	-	-		
	5	Triamsinolon Asetonid	F : inj 10 mg/mL	Triamcinolone IA/IB/ID Inj 10 mg/mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-		
			NF : inj 40 mg/mL	Triamcinolone Inj 40 mg/mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-		
			NF : Tab 4 mg	Triamcinolone Tab 4 mg		-	-		
	+	Eperisone	NF : Tab 50 mg	Eperisone HCl Tab 50 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-		
16.6. LAIN-LAIN									
	1	goserelin asetat	F : inj 3,6 mg/depot	(Belum Tersedia)	-	Dapat digunakan untuk	1 vial/bln; maks 3		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : Inj 3,6 mg	Zoladex Inj 3,6 mg/ Siringe	PT. AstraZeneca Indonesia	endometriosis.	vial /kasus.
			NF : Inj 10,8 mg	Zoladex Inj 10,8 mg/ Siringe	PT. AstraZeneca Indonesia	-	-
	2	leuprorelin asetat	F : serb inj 1,88 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk endometriosis, adenomiosis atau mioma uteri.	1 vial/bulan selama 3 bln.
			F : serb inj 3,75 mg	(Belum Tersedia)	-		1 vial/bulan
			NF : serb Inj 3,75 mg	Endrolin inj 3,75 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		
	3	oktreotid LAR	F : serb inj 20 mg, serb inj 30 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk akromegali.	Untuk pasien Akromegali yg baru pertama mendapat 150 mg/hari slm 2 minggu, 20–30 mg /bln setiap 4 minggu.
	17. OBAT KARDIOVASKULAR						
17.1. ANTIANGINA							
	1	Amlodipin*	F : tab 5 mg	Amlodipine Tab 5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	Untuk angina dengan bradiaritmia	30 tab/bulan
			NF : tab 5 mg	Norvask Tab 5 mg	PT. Pfizer Indonesia		
			NF : tab 10 mg	Amlodipine Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
			NF : tab 10 mg	Norvask Tab 10 mg	PT. Pfizer Indonesia		
	+	Kombinasi : Amlodipin 5mg & Valsartan 80mg	NF : Tab	Exforge Tab 5/80	PT. Novartis Indonesia	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Kombinasi : Amlodipin 10mg & Perindopril 10mg	NF : Tab 10mg / 10mg	Coveram Tab 10/10	PT. Servier Indonesia	Hanya untuk pasien umum	
	2	Atenolol*	F : tab 5 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan
	3	Diltiazem*	F : tab 30 mg	Diltiazem HCl Tab 30 mg	PT. Dexta Medica	-	90 tab/bulan
	4	Gliseril Trinitrat	F : tab 0,5 mg*, inj 5mg/ mL	(Belum Tersedia)	-		-
			F : kaps lepas lambat 2,5 mg*	(Belum Tersedia)	-		90 kaps/bulan
			NF : kaps lepas lambat 2,5 mg*	Nitrokaf Retard SR Kaps 2,5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.		90 kaps/bulan
			F : kaps lepas lambat 5mg*	(Belum Tersedia)	-		
			NF : kaps lepas lambat 5mg*	Nitrokaf F SR Kaps 5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.		
	5	Isosorbid Dinitrat	F : tab 5 mg*, tab 10 mg*	Isosorbid Dinitrat Tab 5mg	PT. Yarindo Farmatama	-	90 tab/bulan
			NF : tab 5 mg	Cedocard Tab 5 mg	PT. Darya Varia Laboratoria		
			F : inj 1 mg/mL (i.v.)	Isosorbid Dinitrat Inj 10 mg /10 mL	PT. Fahrenheit	Untuk kasus rawat inap dan UGD	-
			NF : inj 1 mg/mL (i.v.)	Fasorbid Inj 1 mg/mL			
	6	Ivabradin	F : tab 5 mg	-		Digunakan untuk pengobatan simptomatik angina pektoris yang kronik stabil pada pasien	60 tab/bulan, maks 3 bulan
			NF : tab 5 mg	Coralan Tab 5 mg	PT. Servier Indonesia		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						dengan ritme sinus normal yg telah gagal dgn beta bloker.	
	+	Nitrogliserin	NF : Inj 1 mg/ml	NTG (nitroglycerin) inj 1 mg/ml	PT. Dexa Medica	-	-
	+	Trimezetadine HCl	NF : Tab 35 mg	Trimetazidine Tab	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
			Miozidine Tab MR 35 mg	PT. Fahrenheit			
			NF : OD 80 mg	Miozidine Tab OD 80 mg		-	-
17.2. ANTIARITMIA							
	1	Adenosin	F : inj 3 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	a) Digunakan untuk mengatasi SVT (dibuktikan dengan EKG). b) Digunakan untuk uji pembebanan jantung.	maks 5 ampul
			NF : Tab	Bio ATP Tab	PT. Phapros Tbk.	-	-
	2	Amiodaron	F : tab 200 mg*	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan
			NF : Tab 200 mg	Kendaron Tab 200 mg	PT. Darya Varia Laboratoria		
			F : inj 50 mg/mL	Amiodaron HCl 50 mg/ml	PT. Ethica Industri Farmasi	Untuk kasus rawat inap	-
	3	Digoxin	F : tab 0,25 mg*	Digoxin Tab 0,25 mg	PT. Yarindo Farmatama	-	30 tab/bulan
			F : inj 0,25 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : inj 0,25 mg/mL	Fargoxin Inj 0,5 mg/ 2ml	PT. Fahrenheit		
	4	Diltiazem	F : inj 50 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : inj 5 mg/mL	Farmabes Inj 5 mg/mL	PT. Fahrenheit		
	5	Lidocain	F : inj 100 mg/mL (i.v.)	Lidocain Inj 2% 2ml	PT. Bernofarm	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Lidocain 20 mg, Epinefrin 0.0125mg/ml	NF : Inj	Pehacain Inj	PT. Phapros Tbk.	-	-
	6	Propranolol	F : tab 10 mg*	Propranolol Tab 10 mg	PT. Dexa Medica	a) Untuk kasus-kasus dengan gangguan tiroid. b) Untuk tremor esensial, tremor distonia, dan tremor holmes.	90 tab/bulan
			NF : tab 40 mg	Propranolol Tab 40 mg	PT. Dexa Medica	-	-
			F : inj 1 mg/mL (i.v.)	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk krisis tiroid atau aritmia dengan palpitasi berlebihan.	-
	7	Verapamil	F : tab 80 mg*, inj 2,5 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	Untuk aritmia supraventrikular	90 tab/bulan
17.3. ANTIHIPERTENSI							
17.3.1. Antihipertensi Sistemik							
Catatan :							
Pemberian obat antihipertensi harus didasarkan pada prinsip dosis titrasi, mulai dari dosis terkecil hingga tercapai dosis dengan outcome tekanan darah terbaik.							
	1	Amlodipin*	F : tab 5 mg, tab 10 mg	Amlodipine Tab 5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	30 tab/bulan
				Amlodipine Tab 10 mg			
			NF : tab 5 mg, tab 10 mg	Norvask Tab 5 mg	PT. Pfizer Indonesia		
				Norvask Tab 10 mg			
	+	Kombinasi : Amlodipine 5 mg dan Valsartan 80 mg	NF : Tab	Exforge Tab 5/80	PT. Novartis Indonesia	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Kombinasi : Amlodipine 10 mg dan Perindopril 10 mg	NF : Tab	Coveram Tab 10/10	PT. Servier Indonesia	-	-
	2	Atenolol*	F : tab 50 mg, tab 100 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan
	3	Bisoprolol*	F : tab 2,5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg	Bisoprolol Tab 2,5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	30 tab/bulan
				Bisoprolol Tab 5 mg			
			NF : tab 2,5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg	Concor Tab 2,5 mg	PT. Merck Indonesia Tbk.		
				Concor Tab 5 mg			
				Concor Tab 10 mg			
			NF : Tab 1,25 mg	Concor Tab 1,25 mg	PT. Merck Indonesia Tbk.		
	4	Diltiazem	F : kaps lepas lambat 100 mg*, kaps lepas lambat 200 mg*	(Belum Tersedia)	-	-	30 kaps/bulan
			NF : kaps lepas lambat 100 mg, kaps lepas lambat 200 mg	Herbesser CD Tab 100 mg	PT. Mitsubishi Tanabe Pharma Indonesia		
				Herbesser CD Tab 200 mg			
			F : inj 5 mg/ml, inj 50 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk hipertensi berat atau angina pectoris pada kasus rawat inap.	-
			NF : inj 5 mg/mL	Farmabes Inj 5 mg/mL	PT. Fahrenheit		
			F : inj 10 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk hipertensi berat	-
			NF : Tab 30 mg	Diltiazem HCl Tab 30 mg	PT. Dexta Medica	-	-
	5	Doksazosin*	F : tab 1 mg, tab 2 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan
	6	Hidroklorotiazid*	F : tab 25 mg	Hydrochlorothiazide (HCT) Tab 25 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	30 tab/bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	7	Imidapril*	F : tab 5 mg, tab 10 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan
			NF : tab 5 mg, tab 10 mg	Tanapress Tab 5 mg	PT. Mitsubishi Tanabe Pharma Indonesia		
				Tanapress Tab 10 mg			
	8	Irbesartan*	F : tab 150 mg, tab 300mg	Irbesartan Tab 150 mg	PT. AmaroX Pharma Global	Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya	30 tab/bulan
				Irbesartan Tab 300 mg			
	9	Kandesartan*	F : tab 8 mg, tab 16 mg	Candesartan Tab 8 mg	PT. Interbat	Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.	30 tab/bulan
				Candesartan Tab 16 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories		
	10	Kaptopril*	F : tab 12,5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg	Captopril Tab 12,5 mg	PT. Dexa Medica	-	90 tab/bulan
				Captopril Tab 25 mg			
				Captopril Tab 50 mg			
	11	Klonidin	F : tab 0,15 mg*	Clonidin HCl Tab 0,15 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	90 tab/bulan
			F : inj 150 mcg/mL (i.v.)	Clonidin Inj 150 mcg/ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	12	Lisinopril*	F : tab 5 mg, tab 10 mg,	Lisinopril Tab 5 mg	PT. Dexa Medica	-	30 tab/bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			tab 20 mg	Lisinopril Tab 10 mg			
	13	Metildopa*	F : tab 250 mg	(Belum Tersedia)	-	Untuk hipertensi pada wanita hamil	90 tab/bulan
			NF : tab 250 mg	Dopamet Tab 250 mg	PT. Actavis Indonesia		
	14	Metoprolol	F : inj 1 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	<i>Emergency anaesthesia</i> , krisis hipertiroid.	-
	15	Nifedipin*	F : tab 10 mg	Nifedipine Tab 10 mg	PT. Dexa Medica	-	90 tab/bulan
			F : tab lepas lambat 20 mg	(Belum Tersedia)	-		30 tab/bulan
			F : tab lepas lambat 30 mg	(Belum Tersedia)	-	-	60 tab/bulan
			NF : tab lepas lambat 30 mg	Adalat Oros Tab 30 mg	PT. Bayer Indonesia		
	16	Nikardipin	F : Inj 1 mg/mL	Nicardipine Inj 10 mg/ 10 mL	PT. Bernofarm	Hanya untuk pasien dengan hipertensi berat dan memerlukan perawatan.	-
	17	Nimodipin	F : tab sal selaput 30 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk pencegahan kasus vasospasme pada pengobatan perdarahan <i>subarachnoid</i> . b) Hanya diberikan di ruang perawatan.	12 tab/hari, maks 21 hari.
			NF : tab sal selaput 30 mg	Nimotop Tab 30 mg	PT. Bayer Indonesia		maks 3 hari.
			F : inf 0,2 mg/mL	Nimodipine Inf 10 mg/ 50 mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
	18	Perindopril Arginin*	F : tab 5 mg	(Belum Tersedia)	-		60 tab/bulan
			NF : tab 5 mg	Bioprexum Tab 5 mg	PT. Servier Indonesia		
	+	Kombinasi:Perindopril Arginin 5 mg & Indapamide 1,25 mg	NF : Tab 5 mg/ 1,25 mg	Bioprexum plus Tab	PT. Servier Indonesia	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Kombinasi : Amlodipin 10mg & Perindopril 10mg	NF : Tab 10mg / 10mg	Coveram Tab 10/10	PT. Servier Indonesia	Hanya untuk pasien Umum	
	19	Prostaglandin (PGE 1)	F : inj 500 mcg/mL	(Belum Tersedia)	-	Utk bayi dgn kelainan jantung bawaan sianosis yg <i>ductus dependent</i> .	-
	20	Ramipril*	F : tab 2,5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg	Ramipril Tab 2,5 mg	PT. Dexe Medica	-	30 tab/bulan
				Ramipril Tab 5 mg			
				Ramipril Tab 10 mg	PT. Phapros Tbk.		
	21	Telmisartan*	F : tab 40 mg, tab 80 mg	Telmisartan Tab 40 mg	PT. Dexe Medica	Digunakan utk hipertensi dgn nilai eGFR < 30 mL/mnt/1,73 m ² .	30 tab/bulan
				Telmisartan Tab 80 mg			
	22	Valsartan*	F : tab 80 mg, tab 160 mg	Valsartan Tab 80 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	Untuk pasien yg telah mendapat ACE-i sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bln & mengalami intoleransi terhadap ACE-i yg dibuktikan dgn melampirkan resep sebelumnya.	30 tab/bulan
				Valsartan Tab 160 mg			
	23	Verapamil*	F : tab 80 mg	(Belum Tersedia)	-	-	90 tab/bulan.
			F : tab lepas lambat 240 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan
	+	Losartan	NF : Tab 50 mg	Losartan Tab 50 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	+	Carvedilol	NF : Tab 6,25 mg	Carvedilol Tab 6,25 mg	PT. Darya Varia Laboratoria	-	-
				Carvilol Tab 6,25 mg			

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN	
			NF : Tab 25 mg	Carvedilol Tab 25 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.			
				V Bloc Tab 25 mg				
17.3.2. Antihipertensi Pulmonal								
	1	Beraprost Sodium	F : tab 20 mcg	(Belum Tersedia)	-		90 tab/bulan	
			NF : tab 20 mcg	Dorner Tab 20 mcg	PT. Combined Imperial Pharmaceuticals			
	2	Iloprost	F : ih 10 mcg/mL	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya digunakan di ICU. b) Diagnosis ditegakkan melalui kateter arteri pulmonalis. c) Tidak diberikan untuk pasien anak.	-	
			3	Sildenafil	F : tab 20 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Digunakan utk Hipertensi Arteri Pulmonal (HAP) pd pasien dewasa. Diagnosis ditegakkan dengan <i>echocardiography</i> . b) Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Sp. JP atau Bedah Jantung.
	NF : tab 20 mg	Revatio Tab sal selaput 20mg			PT. Pfizer Indonesia	2 btl/bulan.		
	F : sir kering 10 mg/mL	(Belum Tersedia)			-			
	NF : tab 50 mg	Sanbenafil Kaplet 50 mg			PT. Sanbe Farma	-	-	
	NF : tab 100 mg	Sildenafil Citrate Tab 100 mg			PT. Nulab Pharmaceutical Indonesia	-	-	
	17.4. ANTIAGREGASI PLATELET							
		1	Asam Asetilsalisilat (Asetosal) *	F : tab 80 mg, tab sal enterik 100 mg	Acetosal Tab 100 mg	PT. Phapros Tbk.	-	30 tab/ bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : tab 80 mg	Miniaspi Tab 80 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		
				Nospirinal Tab 80 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
			NF : tab sal enterik 100 mg	Farmasal Tab 100 mg	PT. Fahrenheit		
				Aptor Tab 100 mg	PT. Kebayoran Farma		
	2	Klopidogrel	F : tab 75 mg*	Clopidogrel Tab 75 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	a) Diberikan pada pasien yang direncanakan untuk dilakukan prosedur PCI elektif. ATAU b) Diberikan pada pasien yang akan dilakukan prosedur primary PCI atau early PCI. ATAU c) Pasien yang menderita recent myocardial infarction, ischaemic stroke atau	Diberikan 1 x 75 mg slm 10 hari sebelum PCI/kateterisasi dan dilanjutkan dosis rumatan (maintenance) 1 x 75 mg/hari maks selama 12 bulan. Diberikan loading dose 600 mg pre tindakan dilanjutkan dengan dosis rumatan (maintenance) 1 x 75 mg/hari maks selama 12 bulan. Diberikan 1 x 75 mg maks selama 12 bln.
			NF : Tab 75 mg	CPG Tab 75 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						established Peripheral Arterial Disease (PAD). ATAU d) Pasien yang menderita sindrom koroner akut: NON STEMI (unstable angina) dan STEMI.	Diberikan 1 x 75 mg maks selama 12 bln.
			F : tab sal selaput 300 mg	(Belum Tersedia)	-	e) Hati-hati interaksi obat pada pasien yang menggunakan obat-obat golongan Proton Pump Inhibitor (PPI). f) Lazimnya klopido­grel diberikan bersama dengan antiplatelet aspirin atau antiplatelet lainnya dosis rendah. Tab 30 mg : Hanya untuk loading dose pd pasien yg menjalani PCI.	-
	3	Silostazol <i>Diresepkan oleh dokter Sp.PD atau Sp.JP atau Sp.N atau spesialis bedah vaskular.</i>	F : tab 100 mg	Cilostazol Tab 100 mg	PT. Bernofarm	Hanya utk kasus <i>Peripheral Arterial Disease</i> (PAD) atau pasien yg terbukti telah resisten terhadap asam asetilsalisilat yg ditunjukkan dgn hasil pemeriksaan resistensi asam asetilsalisilat.	60 tab/bulan
			F : kaps pelepasan lambat 100 mg*	(Belum Tersedia)	-		60 kaps/bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : kaps pelepasan lambat 100 mg*	Pletaal Tab SR 100 mg	PT. Otsuka Indonesia	<i>Secondary prevention</i> pada pasien stroke dengan <i>Cerebral Small Vessel Disease</i> (CSVD).	
			NF : Tab 50 mg	Pletaal Tab 50 mg	PT. Otsuka Indonesia	-	-
	4	Tikagrelor	F : tab 90 mg	Ticagrelor Tab 90 mg	PT. Dixa Medica	Untuk pasien kasus PCI dengan <i>Acute Coronary Syndrome</i> (ACS).	60 tab/bulan, maks 1 tahun
			NF : Tab 90 mg	Clotaire Tab 90 mg	PT. Fahrenheit		
	+	Eptifibatide	NF : Inj 75 mg	Ebatid Inj 75mg/ 100ml	PT. Dixa Medica	-	-
17.5. TROMBOLITIK							
	1	Alteplase	F : serb inj 50 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk infark miokard akut dengan onset < 12 jam. b) untuk stroke non hemoragik dengan onset < 4,5 jam. c) Dapat diberikan di FPKTL yang memiliki fasilitas ICCU/ICU /unit stroke. d) Kontraindikasi: tdk digunakan untuk stroke iskemik dengan riwayat perdarahan intrakranial & cedera kepala berat dlm waktu 3 bln terakhir, operasi mayor dlm waktu 3 bln terakhir, riwayat gangguan koagulasi, hipertensi yg tidak terkendali.	-
	2	Streptokinase	F : inj 1,5 juta IU	(Belum Tersedia)	-	a) Infark miokard akut dengan onset < 12 jam.	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						b) Dapat diberikan di FPKTL yang memiliki fasilitas ICCU/ICU/unit stroke. c) Kontraindikasi: tidak boleh diberikan jika ditemukan kontraindikasi fibrinolitik antara lain: riwayat stroke hemoragik atau riwayat stroke iskemik dalam 6 bulan terakhir, AVM, tumor otak, trauma kepala, perdarahan aktif gastrointestinal, pasca operasi besar dalam 3 bulan, dan diseksi aorta.	
17.6. OBAT untuk GAGAL JANTUNG							
	1	Bisoprolol	F : tab 1,25 mg*, tab 2,5 mg*, tab 5 mg*, tab 10 mg	Bisoprolol Tab 2,5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi ventrikular sistolik yang sudah terkompensasi.	30 tab/bulan
				Bisoprolol Tab 5 mg			
			NF : tab 1,25 mg, tab 2,5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg	Concor Tab 1,25 mg	PT. Merck Indonesia Tbk.		
				Concor Tab 2,5 mg			
				Concor Tab 5 mg			
				Concor Tab 10 mg			
	2	Digoksin	F : tab 0,25 mg*	Digoxin Tab 0,25 mg	PT. Yarindo Farmatama	Hanya untuk gagal jantung dgn atrial fibrilasi / sinus takikardia.	30 tab/bulan
			F : inj 0,25 mg/mL	(Belum Tersedia)	-		
NF : inj 0,25 mg/mL			Fargoxin Inj 0,5 mg/ 2ml	PT. Fahrenheit			

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	3	Furosemid	F : tab 40 mg*, inj 10 mg/mL (i.v./i.m.)	Furosemid Inj 10 mg/mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	-
				Furosemid Tab 40 mg	PT. Indofarma Tbk.	-	120 tab/bulan
	4	Isosorbid Dinitrat	F : inj 1 mg/mL (i.v.)	Isosorbid Dinitrat Inj 10 mg /10 mL	PT. Fahrenheit	Untuk gagal jantung akut	-
				Isosorbid Dinitrat Tab 5 mg	PT. PT. Yarindo Farmatama	-	-
			NF : tab 5 mg	Cedocard Tab 5 mg	PT. Darya Varia Laboratoria		
	5	Ivabradin	F : tab 5 mg	(Belum Tersedia)	-	Hanya dapat digunakan untuk pasien dengan <i>ejection fraction</i> < 35%	60 tab/ bulan
			NF : tab 5 mg	Coralan Tab 5 mg	PT. Darya Varia Laboratoria		
	6	Kandesartan*	F : tab 8 mg, tab 16 mg	Candesartan Tab 8 mg	PT. Interbat	Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.	30 tab/bulan
				Candesartan Tab 16 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories		
	7	Kaptopril*	F : tab 12,5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg	Captopril Tab 12,5 mg	PT. Dexa Medica	-	90 tab/bulan
				Captopril Tab 25 mg			
				Captopril Tab 50 mg			
	8	Karvedilol	F : tab 6,25 mg*	Carvedilol Tab 6,25 mg	PT. Darya Varia Laboratoria	Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi	60 tab/bulan
			NF : tab 6,25 mg	Carvilol Tab 6,25 mg	PT. Darya Varia Laboratoria		
			F : tab 25 mg	Carvedilol Tab 25 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : tab 25 mg	V Bloc Tab 25 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.	ventrikular sistolik yang sudah terkompensasi.	
	9	Milrinon	F : inj 1 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	Hanya diberikan di ruang intensif.	Maks 2 hari.
			NF : Inj	Inovad Inj	PT. Fahrenheit		
	10	Ramipril*	F : tab 5 mg, tab 10 mg	Ramipril Tab 5 mg	PT. Dexa Medica	-	30 tab/bulan
				Ramipril Tab 10 mg	PT. Phapros Tbk.		
			NF : tab 2,5 mg	Ramipril Tab 2,5 mg	PT. Dexa Medica	-	-
	11	sacubitril valsartan	F : tab sal selaput 24,3/25,7 mg; tab sal selaput 48,6/51,4 mg; tab sal selaput 97,2/102,8 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya utk pasien yg tdk respons thdp gol. ARB & ACEi. b) Hanya pd pasien dg reduced ejection fraction (LVEF ≤ 40%).	60 tab/bulan
	12	Spironolakton*	F : tab 25 mg	Spironolactone Tab 25mg	PT. Dexa Medica	-	30 tab/bulan
			NF : tab 100 mg	Spironolactone Tab 100mg		-	-
	+	Kombinasi : Sacubitril 24,3 mg & Valsartan 25,7 mg	NF : Tab	Uperio Tab 50 mg	PT. Novartis Indonesia	-	-
	+	Kombinasi : Sacubitril 48,6 mg & Valsartan 51,4 mg	NF : Tab	Uperio Tab 100 mg	PT. Novartis Indonesia	-	-
17.7. OBAT untuk SYOK KARDIOGENIK dan SEPSIS							
	1	Dobutamin	F : inj 12,5 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk infark miokard akut dan syok kardiogenik.	-
			F : inj 25 mg/mL, inj 50 mg/mL	Dobutamin HCL Inj 250 mg/5 mL	PT. Ethica Industri Farmasi	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	Dopamin	F : inj 40 mg/mL	Dopamine Inj 200 mg	PT. Bernofarm	a) Hanya untuk syok kardiogenik, dekompensasi kordis akut dan syok septik. b) Tidak untuk syok hipovolemik	-
	3	Ephinefrin (Adrenalin)	F : inj 1 mg/mL	Epinephrine Inj 1 mg/mL	PT. Phapros Tbk.	-	-
	4	Norepinefrin	F : inj 1 mg/mL	Norepinephrine Inj 4 mg /4 ml	PT. Bernofarm	-	-
			NF : inj 1 mg/mL	Raivas Inj 4 mg/ 4 mL	PT. Dextra Medica		
17.8. ANTIHIPERLIPIDEMIA Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia							
	1	Atorvastatin	F : tab sal selaput 10 mg	Atorvastatin Tab 10 mg	PT. Amaro Pharma Global	a) Jika setelah pemberian simvastatin slm 3 bln berturut-turut dgn dosis 40 mg/hari pasien tdk mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak; atau b) Pasien ASCVD (pasca PCI/CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pascainfark) yg dibuktikan dgn EKG/MSCT/ riwayat angiografi. Target LDL adl ≤ 55 mg/dL, yg harus diperiksa setiap 6 bln. Pemberian dpt dilanjutkan utk mempertahankan	30 tab/bulan
			NF : Tab 10 mg	Truvaz Tab 10 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		60 tab/bulan.
			F : tab sal selaput 20mg	Atorvastatin Tab 20 mg	PT. Amaro Pharma Global		
			NF : Tab 20 mg	Truvaz Tab 20 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						pengendalian LDL, kecuali apabila ada kontraindikasi.	
			NF : Tab 40 mg	Atorvastatin Tab 40 mg	PT. Mulia Farma Suci	-	-
	2	Fenofibrat	F : kaps 100 mg, kaps 300 mg	Fenofibrate Kaps 100 mg	PT. Dexta Medica	a) Hanya utk hipertrigliseridemia dgn kadar trigliserida >250mg/dL. b) Pemeriksaan trigliserida dilakukan pd pasien yg telah menjalani puasa min. 12 jam.	30 kaps/bulan
				Fenofibrat Kaps 300 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories		
	3	Gemfibrozil	F : kaps 300 mg, kaps 600 mg	Gemfibrozil Kaps 300 mg	PT. Indofarma Tbk.	a) Hanya utk hipertrigliseridemia b) Tdk dianjurkan diberikan bersama statin.	30 kaps/bulan
				Gemfibrozil Kaps 600 mg			
	4	Kolestiramin	F : serb, 4 g	(Belum Tersedia)	-	-	4 sachet
			NF : Serb	Sequest Sachet	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
	5	Pravastatin	F : tab 10 mg, tab 20 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya utk hiperlipidemia dgn kadar LDL >160 mg, pd penyakit jantung koroner & DM disertai makro-albuminuria. b) Pemberian slm 6 bln, selanjutnya hrs dievaluasi kembali.	30 kapl/bulan
	6	Rosuvastatin*	F : tab 10 mg	Rosuvastatin Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	a) Jika setelah pemberian simvastatin slm 3 bln berturut-turut dgn dosis 40	60 tab/bulan
			NF : tab 10 mg	Roswin Tab 10 mg	PT. Darya Varia Laboratoria		
			NF : Tab 20 mg	Rosuvastatin Tab 20 mg	PT. Kimia Farma Tbk.		-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
				Roswin Tab 20 mg	PT. Darya Varia Laboratoria	mg/hari pasien tdk mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak; atau b) Pasien ASCVD (<i>post</i> PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pascainfark) yg dibuktikan dgn EKG/MSCT/riwayat angiografi. Target LDL adl ≤ 55 mg/dL, yg harus diperiksa setiap 6 bln. Pemberian dpt dilanjutkan untuk mempertahankan pengendalian LDL, kecuali apabila ada kontraindikasi.	
	7	Simvastatin	F : tab 10 mg*, tab 20 mg*, tab 40 mg	Simvastatin Tab 10 mg Simvastatin Tab 20 mg	PT. Mulia Farma Suci	Sbg terapi tambahan thdp terapi diet pd pasien hiperlipidemia dengan: a) kadar LDL > 160 mg/dL utk pasien tnp komplikasi DM/PJK. b) Pasien ASCVD (<i>post</i> PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pascainfark) yg dibuktikan dgn EKG/MSCT/riwayat angiografi. Target LDL adl ≤ 70 mg/dL, yg harus diperiksa setiap 6 bln.	30 tab/bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						c) kadar LDL > 130 mg/dL utk pasien DM. Setelah 6 bln dilakukan evaluasi ketaatan pasien thdp kontrol diet dan pemeriksaan laboratorium LDL dilampirkan setiap 6 bln.	
17.9. HIPOTENSI akibat ANESTESI REGIONAL							
	1	Efedrin	F : Inj 50 mg/ml	Ephedrine HCl inj 50mg /ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	2	fenilefrin HCl	F : inj 10 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
18. OBAT TOPIKAL untuk KULIT							
18.1. ANTIKNE							
	1	asam retinoat	F : krim 0,05%	(Belum Tersedia)	-	-	-
			F : krim 0,1%	(Belum Tersedia)	-	a) Tidak digunakan di wajah. b) Tidak untuk ibu hamil.	-
18.2. ANTIBAKTERI							
	1	Kombinasi : Basitrasin 500 IU/g & Polymiksin B 10,000 IU/g	F : salep	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Framisetin sulfat	F : tulle 1%	Daryant-Tulle	PT. Darya Varia Laboratoria	-	-
	3	Mupirosin	F : krim 2%, salep 2%	(Belum Tersedia)	-	Diagnosis MRSA hrs ditegakkan sebelum pemberian obat.	maks 10 hari.
	4	Natrium fusidat	F : krim 2%, salep 2%	(Belum Tersedia)	-	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : Krim	Fusycom Cr	PT. Combiphar		
	5	Perak Sulfadiazin	F : krim 1%	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk luka bakar.	-
			NF : krim 10 mg	Burnazin Cr 35 g	PT. Darya Varia Laboratoria		
	+	Gentamycin	NF : krim, salep	Gentamycin Oint 0,1% 5 g	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
				Sagestam Cr 5 g	PT. Sanbe Farma		
	+	Kombinasi : Neomycin Sulfate 0,5% & placenta extract 10%	NF : gel	Bioplacenton Gel 15 g	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
	+	Kombinasi : Neomycin Sulfate 5 mg & Bacitracin 250 iu	NF : Salep, serbuk	Nebacetin Powder 5 g	PT. Pharos Tbk.	-	-
	+	Kombinasi : Neomycin Sulphate 5 mg & Bactracin 500 iu	NF : Serbuk	Enbatic Powder	PT. Erela	-	-
18.3. ANTIFUNGI							
	1	Kombinasi : Asam Benzoat 6% & Asam Salisilat 3%	F : salep	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Ketokonazol	F : krim 2%, scalp sol 2%	Ketokonazol Cr 2% 10 g	PT. Kimia Farma Tbk.	Pada pitiriasis yang luas.	-
			NF : krim 2%, scalp sol 2%	Formyco Cr 2% 10 g	PT. Sanbe Farma		
	3	Klotrimazol	F : tab vaginal 100 mg	(Belum Tersedia)	-	-	-
	4	Mikonazol	F : krim 2%	Miconazole Cr 2% 10 g	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	5	Nistatin	F : tab vaginal 100.000 IU	Nystatin Tab Ovula 100.000 IU/ g	PT. Phapros Tbk.	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
18.4. ANTIINFLAMASI dan ANTIPRURITIK							
	1	Betametason	F : krim 0,05%, krim 0,1%	Betametason Cr 0,05% 10g	PT. Tempo Scan Pacific Tbk.	-	-
				Betametason Cr 0,1%	PT. Kimia Farma Tbk.		
	+	Kombinasi : Beta-methasone 0,1% & Neomycin sulfate 0,5%	NF : Krim	Betason-N Cr 5 g	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	2	Desoksimetason	F : krim 0,25%, salep 0,25%	Desoksimetason Cr 0,25% 15 g	PT. Combiphar	-	-
	3	Diflukortolon Valerat	F : salep 0,1%	(Belum Tersedia)	-	-	-
	4	Flusinolon Asetonid	F : krim 0,025%, salep 0,025%	(Belum Tersedia)	-	-	-
	5	Hidrokortison	F : krim 1%, krim 2,5%	Hidrokortison Cr 1% 5 mL	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
				Hidrokortison Cr 2,5% 5 g	PT. Kimia Farma Tbk.		
	6	Klobetasol Propionat	F : krim 0,05%, salep 0,05%	Clobetazol Propionate Cr 10 g	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	Utk dermatitis kronik berat yang hiperkeratotik, yg tdk respons terhadap steroid topikal lainnya.	maks 10 hari
				Clobetazol Propionate Oint 10 g			
			NF : krim 0,05 %, salep 0,05 %	Kloderma Cr 10 g	PT. Surya Dermato Medica Laboratories		
				Kloderma Oint 0,05% 5 g			
	7	Mometason Furoat	F : krim 0,1% , salep 0,1%	Mometasone Furoate Cr 0,1%	PT. Dexa Medica	-	-
18.5. ANTISKABIES dan ANTIPEDIKULOSIS							
	1	Permetrin	F : krim 5%	(Belum Tersedia)	-	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	Salep 2-4,Kombinasi : Asam salisilat 2%, Belerang endap 4%	F : salep	(Belum Tersedia)	-	-	-
18.6. KAUSTIK							
	1	Perak nitrat	F : lar 20%	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Polikresulen	F : Larutan	(Belum Tersedia)	-	Untuk servitis.	-
	3	Podofilin	F : tingtur 25%	(Belum Tersedia)	-	a) Tdk boleh diberikan pd wanita hamil b) Hanya diberikan oleh dokter & dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan	-
18.7. KERATOLITIK dan KERATOPLASTIK							
	1	Asam Salisilat	F : salep 2%, salep 5%	(Belum Tersedia)	-	-	-
			F : salep 10%	(Belum Tersedia)	-	Kulit disekitar lesi hrs dilindungi dgn pelembab.	-
	2	Liquor carbonis detergens	F : lar 5%	(Belum Tersedia)	-	-	-
18.8. LAIN - LAIN							
	1	Bedak Salisil	F : serb 2%	(Belum Tersedia)	-	Hati-hati penggunaan pada bayi.	-
	2	kalamín	F : lotio	(Belum Tersedia)	-	-	-
	3	Triamsinolon Asetonid	F : inj 10 mg/mL, inj 40 mg/mL	Triamcinolone IA/IB/ID Inj 10 mg/mL Triamcinolone Inj 40 mg /mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	Hanya untuk keloid	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	4	Urea	F : krim 10%, krim 20%	(Belum Tersedia)	-		
			NF : krim 10%, krim 20%	Carmed Krim 10% 40 g	PT. Surya Demato Medica Laboratories		
				Carmed Krim 20% 40 g			
	+	Aloe Vera, Sodium Hyaluronate, Glycyrrhettinic Acid Polyvinylpyrrolidone	NF : cairan	Alocclair plus Oral Rinse 60 mL	PT. Enseval Putera Megatrading, Tbk.	-	-
	+	Asam Hialuronat	NF : Gauze Pads	Bionect Gauze Pads 10 x 11	PT. Combiphar	-	-
	+	Kombinasi : Centella Asiatica, vitamin E	NF : Cream	Lanakeloid Cr 10 g	PT. Pertiwi Agung (Landson)	-	-
	+	Heparin 20000 iu	NF : Gel	Thrombophob Gel 20 g	PT. Tunggal Idaman Abdi	-	-
	+	Kombinasi : Carboxymethylcellulose polymer, Propylene glycol	NF : Gel	Intrasite Gel 15 g	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
	+	Kombinasi : Cyclopentasiloxan dan Dimetycon	NF : Gel	Dermatix Ultra Gel	PT. Transfarma Medica Indah	-	-
	+	Methyl salicylate , Menthol , Eugenol	NF : Cream 15 g	Counterpain Cr 15 g	PT. Taisho Pharmaceutical Indonesia Tbk.	-	-
	+	Oleum lecoris ass 100 mg	NF : Salep	Levertran Salep 15 g	PT. Ciubros Farma	-	-
	+	Kombinasi : Radix Scutellariae,	NF : Salep	Mebo Oint 20 g	PT. Combiphar	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
		Phellodendri Cortex, Rhizoma Comptidi					
	+	Kombinasi : Neomycin Sulfate 5 mg & Bacitracin 250 iu.	NF : Salep, Powder	Nebacetin Powder 5 g	PT. Pharos Tbk.	-	-
19. LARUTAN DIALISIS PERITONEAL							
	1	Dialisa peritoneal	F : lar intraperitoneal	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Hemodialisa	F : lar	(Belum Tersedia)	-	-	-
20. LARUTAN ELEKTROLIT, NUTRISI, dan LAIN-LAIN							
20.1. ORAL							
	1	Garam oralit	F : serb	Oralit Serb 200	PT. Kimia Farma Tbk.	Catatan: Dilarutkan dalam 200 mL air.	-
			NF : lar	Dehidralite 200 mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
	2	Kalium Klorida	F : tab lepas lambat 600 mg	(Belum Tersedia)	-	-	90 tab/bulan
			NF : tab 600 mg	KSR Tab 600 mg	PT. Merck Indonesia Tbk.		
	3	Kalium Aspartat	F : tab sal selaput 300mg	(Belum Tersedia)	-	-	90 tab/bulan
			NF : Tab 300 mg	Aspar K Tab 300 mg	PT. Mitsubishi Tanabe Pharma Indonesia		
	4	Natrium Bikarbonat	F : Tab 500 mg	Bic Na Kaps 500 mg	PT. Brataco Chemika	-	90 tab/bulan
	5	Zinc	F : drops 10 mg/mL	Zinc sulfate drops 10 mg /mL	PT. Combiphar	Untuk anak usia < 2 tahun.	2 btl/kasus
			NF : Tab 20 mg	Zinc Tab 20 mg	PT. Interbat	-	-
			NF : Sir	Zincpro Sir	PT. Combiphar	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Kalsium Polistirena Sulfonat	NF : serb 5 g	Kalitake Sachet 5 g	PT. Dipa Pharmalab Intersains	-	-
20.2. PARENTERAL							
	1	Larutan Mengandung Asam Amino	F : Inf	Aminofusin L 600 Inf 500 mL	PT. Finusolprima Farma Internasional	-	-
				Aminofusin Hepar Inf 500 mL	PT. Kalbe Farma Tbk.		
				Aminofusin PAED Inf 500 mL	PT. Kalbe Farma Tbk.		
				Kabiven Inf 1440 mL	PT. Fresenius Kabi Indonesia		
				Comafusin Hepar Inf 500 mL	PT. Finusolprima Farma Internasional		
				Kalbamin Inf 10% 500 mL	PT. Finusolprima Farma Internasional		
				Renxamin Inf 200 mL	PT. Finusolprima Farma Internasional		
	+	L-Alanyl L-Glutamine	NF : Inj	Glutalan Inf	PT. Sanbe Farma	-	-
			NF : Kaps 1000 mg	Glutrop Kaps	PT. Tropica Mas Pharma	-	-
	2	Larutan Mengandung Elektrolit					
		a. Lar. garam fisiologis	F : Inf	Ringer Laktat Inf 500 mL	PT. Satoria Aneka Industri	-	-
				Ringer Laktat Infus 1 L	PT. B. Braun Medical Indonesia		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
				Asering Inf 500 mL	PT. Otsuka Indonesia		
				NACL Infus 25 mL	PT. Satoria Aneka Industri		
				NACL Inf 100 mL			
				NACL Inf 500 mL			
				NACL Inf 1 L			
		b. Lar. Elektrolit pekat	F : Inf	NACL Inf 3% 500 mL	PT. Otsuka Indonesia	-	-
	3	Larutan Mengandung Karbohidrat	F : Inf	Dextrose 5% Inf 100 mL		-	-
				Dextrose 5% Inf 500 mL			
				Dextrose 10% Inf 500 mL			
				Dextrose 40% Inf 25 mL			
				Martos Inf 500 mL			
	4	Larutan Mengandung Karbohidrat + Elektrolit	F : Inf	D5 + 1/4 NS Inf 500 mL		-	-
				D5 + 1/2 NS Inf 500 mL			
				D5 + NS 0,9% Inf 500 mL			
				KA EN 3A Inf 500 mL			
				KA EN 3B Inf 500 mL			
				RingerDEXTROSE Inf 500 mL			
	5	Larutan Mengandung Lipid	F : Inj	(Belum Tersedia)	-	-	-
	+	Larutan mengandung lemak 20%, olive oil 80%, soybean oil 20%	NF : Inf	Clinoleic Inf	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	6	Larutan Mengandung Asam Amino+Elektrolit + Karbohidrat + Lipid	F : Inj	(Tidak Tersedia)	-	Hanya digunakan untuk pasien dengan Total Parenteral Nutrition (TPN).	-
	7	Larutan Mengandung Fosfat Organik dengan/tanpa vitamin yang larut dalam air	F : Inj	(Tidak Tersedia)	-	Digunakan pada pasien dengan hipofosfatemia yang tidak bisa diatasi dengan pemberian per oral, termasuk neonatus.	-
	8	Larutan Mengandung Vitamin yang larut dalam lemak (Vitamin A, D, E, K)	F : Inj	(Tidak Tersedia)	-	-	-
	+	Larutan Hidroseisetil Pati 6%	NF : Inf	Sanbe HES Inf	PT. Sanbe Farma	-	-
	+	NaCl 3,4 g; KCl 0,15 g; CaCl ₂ 0,19 g; MgCl ₂ 0,10 g; Na Acetat 1,64 g; Malic Acid 0,34 g; NaOH 0,1 g	NF : Inf	RingerFUNDIN Inf 500 mL	PT. B.Braun Medical Indonesia	-	-
	+	Kombinasi : Sorbitol 50 g, NaCl 3,623 g, KCl 1,342 g, CaCl ₂ 0,294 g, MgCl ₂ 0,610 g, Na Acetate 5,171 g	NF : Inf	Tutosol Inf 500ml	PT. Finusolprima Farma Internasional	-	-
20.3. LAIN-LAIN							
	1	Air steril untuk injeksi	F : cairan inj	Aqua Pro Inj 25 ml	PT. Otsuka Indonesia	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	Air untuk irigasi	F : inf	WIFI Inf 1000 ml	PT. Widatra Bhakti	-	-
	3	Manitol	F : inf 20%	Manitol lar Inf 20% 250ml Manitol lar Inf 20% 500ml	PT. Finusolprima Farma Internasional	-	-
21. OBAT untuk MATA							
	1	Manitol	F : inf 20%	Manitol lar Inf 20% 250ml Manitol lar Inf 20% 500ml	PT. Finusolprima Farma Internasional	Untuk glaukoma	-
21.1. ANESTETIK LOKAL							
	1	Tetrakain	F : tts mata 0,5%	(Belum tersedia)	-	-	-
21.2. ANTIMIKROBA							
	1	amfoterisin B	F : salep mata 1%	(Belum tersedia)	-	-	-
	2	asam fusidat	F : tts mata 1%	(Belum tersedia)	-	-	-
	3	Asiklovir	F : salep mata 3%	(Belum tersedia)	-	utk kasus keratitis herpetiformis.	-
	4	Gentamisin	F : salep mata 0,3%, tts mata 0,3%, tts mata 1%	Gentamisin tetes mata 0,3%	PT. Erela	-	-
			NF : tts mata	Sagestam Tts Mata	PT. Sanbe Farma		
	5	Kloramfenikol	F : salep mata 1%	Chloramphenicol salep mata 1%	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
			NF : salep mata 1%	Fenicol Salep Mata	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
			F : tts mata 0,5%, 1%	Chloramphenicol Tetes Mata 5 % 5 mL	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
			NF : tts mata	Reco Tetes Mata 10 mL	PT. Global Multi Pharmalab		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
				Erlamycetin Tts Mata 10 mL	PT. Erela		
	6	Levofloksasin	F : tts mata 0,5%	(Belum tersedia)	-	Hanya digunakan untuk operasi intraokular, keratitis, operasi katarak dan infeksi berat.	-
			NF : tetes mata	Levacin Tts Mata	PT. Sanbe Farma		
			NF : MDS	LFX MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
	7	Moksifloksasin	F : tts mata 0,5%	Moxifloxacin HCl tts mata 0,5%	PT. Ferron Par Pharmaceuticals	-	-
	8	Natamisin	F : tts mata 50 mg/mL	(Belum tersedia)	-	Hanya untuk kasus keratomikosis.	-
			F : tts mata 5%	(Belum tersedia)	-	a) Lini pertama terapi keratomikosis yang pada pemeriksaan KOH ditemukan filamen. b) Disertai hasil KOH dari <i>scraping</i> kornea.	-
			NF : tts mata	Natacen MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
	9	Oksitetrasiklin	F : salep mata 1%	Oxytetracycline Salep Mata 1%	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	10	Tobramisin	F : tts mata 0,3%	(Belum tersedia)	-	Pada pasien yang resisten terhadap kuinolon dengan kasus ulkus kornea <i>post</i> operasi mata.	-
	*	Kombinasi : Dexamethasone & Tobramycin	NF : tts mata, MDS	Tobroson MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-
				Tobroson Tts Mata			
				Bralifex Plus Tts Mata 5 mL	PT. Sanbe Farma		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Kombinasi : Dexamethasone, Neomycin, & polimiksin	NF : salep mata, tts mata, MDS	Alletrol Salep Mata 3,5 g	PT. Erela	-	-
				Xitrol Salep Mata 3,5 g	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
				Xitrol Tts Mata			
				Polydex Tts Mata 5 mL	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
				Polydex MDS			
				Polidemisin Tts Mata	PT. Sanbe Farma		
	+	Komposisi : Neomycin sulphate, Polymixin B sulphate, Gramicidin	NF : tts mata, MDS	Polygran tts Mata	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-
				Polygran MDS			
	+	Kombinasi : Fluorometholone & Neomycin	NF : tts mata, MDS	Polynel tts Mata	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-
				Polynel MDS			
+	Ofloxacin	NF : tts mata	Tarivid Tts Mata 5 mL	PT. Ferron Par Pharmaceuticals	-	-	
+	Kombinasi : Dextran, Gentamycin & Hypromellose	NF : tts mata	Sanbe Tears Tts Mata 8 mL	PT. Sanbe Farma	-	-	
21.3. ANTIINFLAMASI							
	1	Betametason	F : Tts mata 1 mg/mL	(Belum tersedia)	-	-	-
	2	Fluorometolon	F : Tts mata 0,1%	(Belum tersedia)	-	-	-
			NF : tts mata	Flumetholone Tts Mata 5 mL	PT. Ferron Par Pharmaceuticals		
				Ocuflam Tts Mata 0,1% 5 mL	PT. Sanbe Farma		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : MDS	Posop MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
	3	Natrium Diklofenak	F : Tts mata 1 mg/mL	(Belum tersedia)	-	-	-
			NF : tts mata	Flamar Tts Mata 1 mg/mL	PT. Sanbe Farma		
			NF : MDS	Noncort MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
	4	Olopatadin	F : tts mata 0,1%	Olopatadine HCl tts mata 0,1% 5 mL	PT. Novartis Indonesia	Tidak untuk profilaksis alergi.	-
			NF : Tts Mata	Lergio 1 mg/ml 5 ml	PT. Dexa Medica		
	5	Prednisolon	F : Tts mata 10 mg/mL	(Belum tersedia)	-	-	-
			NF : MDS	P-Pred MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
	6	Triamsinolon Asetonid	F : inj 40 mg/mL	Triamcinolone Inj 40 mg/mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	Untuk mata, dapat digunakan pada salah satu kondisi berikut: a. <i>Macular edema</i> . b. Pasien wet AMD (<i>Age-related Macular Degeneration</i>) yang takifilaksis pada penggunaan anti VEGF (<i>vascular endothelial growth factor</i>). c. Uveitis unilateral yang penyebabnya non infeksi	penggunaan 1x tiap 6 bulan.
			NF : inj 10 mg/mL	Triamcinolone IA/IB/ID Inj 10 mg/mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
21.4. MIDRIATIK							
	1	Atropin	F : tts mata 0,5% , 1%	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : tts mata	Tropin Tts Mata 1% 5 mL	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
	2	fenilefrin HCl	F : tts mata 10%	(Belum Tersedia)	-	Tidak diberikan pada pasien hipertensi.	-
	3	Homatropin	F : tts mata 2%	(Belum Tersedia)	-	-	1 btl/kasus.
			NF : tts mata 2%	Homatro 2% Tts Mata 5mL	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
	4	Siklopentolat	F : tts mata 1%	(Belum Tersedia)	-	Hanya digunakan sebagai midriatikum untuk diagnostik dan operasi yang memerlukan dilatasi pupil.	-
	+	Kombinasi : Vitamin A palmitate, Zinc sulfate, Phenylephrine HCl	NF : Tts mata	Augentonic Tts Mata 15 mL	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-
21.5. MIOTIK dan ANTIGLAUKOMA							
	1	Acetazolamid	F : tab 250 mg	(Belum Tersedia)	-	a. Tidak diberikan dalam jangka panjang. b. Hati-hati pemberian pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal. c. Sebagai penanganan awal dan sementara di FPKTP pada pasien glaukoma akut sebelum dirujuk.	- 50 tab/bulan. - untuk glaukoma akut: 1 minggu
			NF : tab 250 mg	Glausetab Tab	PT. Sanbe Farma		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	Betaksolol	F : tts mata 0,5%	(Belum Tersedia)	-	-	1 btl/bulan.
	3	Brinzolamid	F : tts mata	(Belum Tersedia)	-	-	1 btl/bulan.
			NF : tts mata	Azopt Tts Mata 1% 5 mL	PT. Alcon Pharmaceutical		
	4	Gliserol	F : lar 50%	(Belum Tersedia)	-	-	-
	5	setiap mL mengandung: brinzolamid 1% dan timolol 0,5%	F : tts mata	(Belum Tersedia)	-	-	1 btl/bulan.
	6	setiap mL mengandung: latanoprost 0,05 mg dan timolol 5 mg	F : tts mata	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk pasien glaukoma.	1 btl/bulan.
			NF : tts mata	Glaoplus MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
				Lanosan Plus Tts Mata	PT. Sanbe Farma		
	7	setiap mL mengandung: travoprost 0,004% & timolol 0,50%	F : tts mata	(Belum Tersedia)	-	Digunakan pada pasien glaucoma sudut terbuka atau hipertensi ocular dewasa dengan penurunan tekanan intraokular yang tidak cukup responsif dengan beta bloker topical / analog prostaglandin.	1 btl/bulan.
	8	Latanoprost	F : tts mata 0,005%	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respons pada timolol.	1 btl/bulan.
			NF : tts mata	Lanosan Tts Mata	PT. Sanbe Farma		
	9	Pilocarpin	F : tts mata 2%	(Belum Tersedia)	-		2 btl/bulan.
			NF : tts mata	Carpine tts Mata 1 % 5mL			

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
				Carpine tts Mata 2 % 5mL	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	Dapat diberikan di FPKTP yang memiliki fasilitas untuk mengukur tekanan intraokuler.	
	10	Timolol	F : tts mata 0,25% , tts mata 0,5%	Timolol MDS 0,5%	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	Dapat diberikan di FPKTP yang memiliki fasilitas untuk mengukur tekanan intraokuler.	2 btl/bulan.
			NF : tts mata 0,25% , tts mata 0,5%	Timol Tts Mata 0,5% 5 mL	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
	11	Travoprost	F : tts mata 0,004%	(Belum Tersedia)	-	utk pasien glaukoma yg tdk respons dgn timolol.	1 btl/bulan.
21.6. LAIN-LAIN							
	1	Dinatrium edetat	F : tts mata 3,5 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
	2	Karboksimetilselulosa	F : tts mata	(Belum Tersedia)	-	-	1 btl/bulan
			NF : tts mata	Cenfresh MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
	3	setiap mL mengandung : NaCl 4,40 mg & KCl 0,80 mg	F : tts mata	(Belum Tersedia)	-	-	1 btl/bulan
			NF : tts mata	Lyters Tts Mata 15 mL	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
	4	Natrium hialuronat	F : tts mata	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : MDS	Hyalub MDS 1 mg	PT. Cendo Pharmaceutical Industries		
	5	Natrium klorida	F : tts mata 50 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	Untuk mengatasi edema kornea pada pasien <i>post</i> operasi katarak.	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	6	povidon iodin	F : tts mata 2,5%	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk pencegahan ophthalmianeonatorum.	1 strip/kasus. Diberikan selama 3 hari.
	7	Ranibizumab	F : inj 10 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk wet AMD (Age-related Macular Degeneration) atau DME (Diabetic Macular Edema). b) Diresepkan oleh dokter Sp.M dan menggunakan Optical Coherence Tomography (OCT). c) Untuk DME harus disertai penanganan diabetes yang komprehensif.	- AMD: 6 vial/kasus. - DME: 7 vial/tahun.
	8	retinol (vitamin A)	F : gel mata 10 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Digunakan pada pasien dengan kondisi mata kering akibat keratoconjunctivitis sicca. b) Diresepkan oleh dokter Sp.M.	1 tube/bulan.
	+	Oxymetazoline HCL 0,25 mg	NF : tts mata	Asthenof Tts Mata 5 mL	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-
	+	Kalium iodida	NF : tts mata	Catarlent Tts Mata 15 mL	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-
	+	Natrium Cromoglicate 2 mg	NF : tts mata	Conver MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Kombinasi : Natrium hyaluronat, NaCl	NF : tts mata	Siloxan Tts Mata 5 ml	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-
	+	Kombinasi : NaCl 10 mg & KCl 5 mg	NF : tts mata	Vitrolenta MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-
	+	Kombinasi : NaCl 4,4 mg/ml dan Kalium Iodida 5 mg	NF : tts mata	Ocufresh Tts mata	PT. Sanbe Farma	-	-
	+	Polyvinylpyrrolidone 20 mg	NF : tts mata	Protagenta MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-
	+	Kombinasi : Nafazolin HCl 0,05 % dan Antazolin Fosfat 0,5 %.	NF : tts mata	Vasacon A Tetes Mata 15 mL	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-
				Vasacon A MDS		-	-
	+	Kombinasi : Dextran 70, Glycerol, Hydroxythyl Cellulosa	NF : Tts Mata	Eye Fresh MDS 0.3 ml	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-
	+	Vitamin A palmitate (campuran retinol dan asam palmitate)	NF : gel mata 10 mg	Oculenta gel mata 5 g	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	-	-
22. OKSITOSIK							
	1	metilergometrin	F : tab 0,125 mg; inj 0,2 mg/mL	Metilergometrin Tab 125 mcg	PT. Dexa Medica	-	-
				Metilergometrin inj 0,2 mg/ml			
	2	oksitosin	F : inj 10 IU/mL	Oxytocin Inj 10 UI/ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
23. PSIKOFARMAKA							
23.1. ANTIANSIETAS							
	1	Alprazolam	F : tab 0,25 mg; tab 0,5 mg; tab 1 mg	Alprazolam Tab 0,5 mg	PT. Dexa Medica	a. Diresepkan oleh dokter Sp.KJ atau Sp.PD. b. Hanya untuk kasus <i>Panic attack dan Panic disorder</i>	Maks 2 minggu/ kasus, 30tab/bulan.
				Alprazolam Tab 1 mg			
			NF : tab 0,5 mg; tab 1 mg	Xanax Tab 0.5 mg	PT. Pfizer Indonesia		
				Xanax Tab 1 mg			
	2	Diazepam	F : tab 2 mg, tab 5 mg	Diazepam Tab 2 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	30 tab/bulan
			NF : tab 2 mg	Valisanbe Tab 2 mg	PT. Sanbe Farma		
			F : Inj 5 mg/mL	Diazepam Inj 5 mg/mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	-
			NF : Inj Inj 5 mg/mL	Valdimex Inj 5 mg/mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		
	3	Klobazam	F : tab 10 mg	Clobazam Tab 10 mg	PT. Dexa Medica	-	60 tab/bulan
	4	Lorazepam	F : tab 0,5 mg; tab 1 mg; tab 2 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan
			NF : tab 0,5 mg; tab 2 mg	Merlopam Tab 0,5 mg	PT. Mersifarma TirmakuMercusana		
				Merlopam Tab 2 mg			
23.2. ANTIDEPRESI							
	1	Amitriptillin*	F : tab 25 mg	Amitriptilline Tab 25 mg	PT. Indofarma Tbk.	-	60 tab/bulan
	2	Escitalopram	NF : Tab 10 mg, Tab 20mg	Escitalopram Tab 10 mg	PT. Yarindo Farmatama	Diresepkan oleh dokter Sp.KJ	30 tab/bulan.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	3	Fluoksetin*	F : tab/kaps 10 mg	Fluoxetine HCl Kaps 10mg	PT. Dexa Medica		60 tab/kaps per bulan
			F : tab/kaps 20 mg	Fluoxetine HCl Kaps 20mg			- FPKTP: 30 kaps/bulan. - FPKTL: 60 kaps/bulan.
	3	Maprotilin	F : tab sal selaput 25 mg, tab sal selaput 50 mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan
			NF : tab sal selaput 50 mg	Sandepril Tab 50 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		
	4	Sertralin*	F : tab sal 50 mg	Sertraline Tab 50 mg	PT. Nulab Pharmaceutical Indonesia	Digunakan untuk depresi yang disertai ansietas	90 tab/bulan
23.3. ANTIOBSESI KOMPULSI							
	1	Fluoksetin	F : tab/kaps 10 mg, tab/kaps 20 mg	Fluoxetine HCl Kaps 10mg Fluoxetine HCl Kaps 20mg	PT. Dexa Medica	-	30 kaps/bulan
	2	fluvoksamin*	F : tab sal selaput 50 mg, tab sal selaput 100 mg	(Belum Tersedia)	-	Diresepkan oleh dokter Sp.KJ	Dosis awal: 50 mg/hari (3-5 hari) Dosis rumatan: maks 300 mg/hari.
23.4. ANTIPSIKOTIK							
	1	Aripiprazol	F : tab 5 mg, tab dispersible 10 mg*, tab dispersible 15 mg*, oral solution 1 mg/mL	Aripiprazole Tab ODT 10 mg	PT. Yarindo Farmatama	Diresepkan oleh dokter Sp.KJ, atau Sp.N, atau Sp.A-N. Termasuk untuk kasus iritabilitas	15 mg/hari
				Aripiprazole Tab 5 mg	PT. Meprofarm Pharmaceutical Industries		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : tab 5 mg	Abilify Tab 5 mg	PT. Otsuka Indonesia	terkait dengan gangguan autisme.	
	2	Flufenazin dekanoat	F : inj 25 mg/mL (i.m.)*	(Belum Tersedia)	-	a) Hanya untuk rumatan pada pasien skizofrenia b) Terapi awal dapat diberikan di Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan.	1 amp/ 2minggu
	3	Haloperidol	F : tab 0,5 mg*, tab 1,5 mg* , tab 2 mg*, tab 5 mg*	Haloperidol Tab 0,5 mg	PT. Indofarma Tbk.	-	90 tab/bulan
				Haloperidol Tab 1,5 mg			
				Haloperidol Tab 5 mg			
			NF : tab 2 mg	Lodomer Tab 2 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	2 btl/bulan
			F : drops 2 mg/mL	(Belum Tersedia)	-		
			F : inj 5 mg/mL (i.m.)	(Belum Tersedia)	-		
			NF : inj 5 mg/mL (i.m.)	Lodomer Inj 5 mg/ml	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		
	4	haloperidol dekanoat	F : inj 50 mg/mL*	(Belum Tersedia)	-	a) Untuk terapi rumatan pada pasien skizofrenia. b) Terapi awal dapat diberikan di Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih da mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan.	1 amp/2 minggu.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	5	Klorpromazin	F : tab 25 mg, inj 5 mg/mL (i.m.)	Chlorpromazin Inj 50mg /2 ml	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	-
			F : tab 100 mg*	Chlorpromazin Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	Terapi awal dapat diberikan di Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan.	90 tab/bulan
	6	Klozapin	F : tab 25 mg	Clozapin Tab 25 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	<i>Hanya untuk pengobatan psikosis yang sudah resisten terhadap antipsikotik lain</i>	60 tab/bulan
			F : tab 100 mg*	Clozapin Tab 100 mg		a. Hanya untuk skizofrenia yang resisten/intoleran b. Lakukan cek leukosit secara berkala (hati-hati agranulositosis).	90 tab/bulan
	7	Olanzapin	F : tab sal selaput 5 mg*, tab sal selaput 10 mg*	Olanzapine Tab 5 mg	PT. AmaroX Pharma Global	<i>Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Sp.KJ</i> a. Untuk skizofrenia b. <i>Adjunctive treatment</i> pada kasus bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat	60 tab/bulan
				Olanzapine Tab 10 mg			
			F : inj 10 mg	(Belum Tersedia)	-	a. Diperlukan hanya untuk serangan skizofrenia akut yang tidak memberikan	3 amp/hari, maks 3 hari

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						respons dengan terapi lini pertama b. Tidak boleh digunakan untuk pemakaian jangka panjang c. Hanya untuk agitasi akut pada penderita skizofrenia	
	8	Paliperidon palmitat*	F : inj 75 mg/0,75 mL , inj 100 mg/mL , inj 150 mg/1,5 mL	(Belum Tersedia)	-	Diresepkan oleh dokter Sp.KJ	Dosis awal: injeksi di hari ke-1 dan hari ke-8. Dosis rumatan: maks 150 mg/bulan.
	9	Quetiapin	F : tab 100 mg	(Belum Tersedia)	-	a. Untuk skizofrenia atau b. Untuk pasien bipolar yang tidak memberikan respons terhadap pemberian litium atau valproat c. Diresepkan oleh dokter Sp.KJ	120 tab/bulan
			F : tab 200 mg, tab pelepasan lambat 150 mg* , tab pelepasan lambat 200 mg* , tab pelepasan lambat 300 mg* , tab pelepasan lambat 400 mg*	(Belum Tersedia)	-		60 tab/bulan
	10	Risperidon	F : tab 1 mg*	(Belum Tersedia)	-	a. Untuk skizofrenia b. <i>Adjunctive treatment</i> pada kasus bipolar yg tdk respons dgn pemberian litium atau valproat	60 tab/bulan
			F : tab 2 mg*	Risperidone Tab 2 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		90 tab/bulan
			F : tab 3 mg*	(Belum Tersedia)	-		60 tab/bulan
			Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Sp.KJ				

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			F : oral solution 1 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	Tab 2 mg : Terapi awal dapat diberikan di Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan. Tab 3 mg : Diresepkan oleh dokter Sp.KJ	5 btl/bulan
	11	Trifluoperazin*	F : tab sal selaput 5 mg	Trifluoperazin Tab 5 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	Diresepkan oleh dokter Sp.KJ	90 tab/bulan
23.5. OBAT untuk ADHD (<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>)							
	1	Metilfenidat	F : tab 10 mg	(Belum Tersedia)	-	-	90 tab/bulan
			F : tab lepas lambat 18 mg, tab lepas lambat 36mg	(Belum Tersedia)	-	-	30 tab/bulan
23.6. OBAT untuk GANGGUAN BIPOLAR							
	1	Litium karbonat	F : tab 200 mg	(Belum Tersedia)	-	Harus dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal (creatinin clearance > 60 mL/min).	180 tab/bulan
			F : tab 400 mg	(Belum Tersedia)	-	-	90 tab/bulan
	2	valproat*	F : tab lepas lambat 250 mg, tab lepas lambat 500 mg	Asam Valproat Tab 250 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	90 tab/bulan
			NF : tab lepas lambat 250 mg, tab lepas lambat 500 mg	Depakote Tab ER 500 mg Depakote Tab ER 250 mg	PT. Abbott Indonesia		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			F : Tab sal enterik 250 mg	(Belum Tersedia)	-		60 tab/bulan
			NF : tab 250 mg	Depakote Tab 250 mg	PT. Abbott Indonesia		
			NF : Sir 250 mg/5mL	Asam Valproat Sir 250 mg/5 mL	PT. Dexa Medica	-	-
23.7. OBAT untuk PROGRAM KETERGANTUNGAN							
	1	metadon	F : Sir 50 mg/5 mL	(Belum Tersedia)	-	Catatan: Disediakan oleh program Kemenkes. Hanya diberikan di puskesmas yang sudah terlatih dan mempunyai sertifikat yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan.	
24. RELAKSAN OTOT PERIFER dan PENGHAMBAT KOLINESTERASE							
24.1. RELAKSAN OTOT PERIFER							
	1	Atrakurium	F : Inj 10 mg/mL (i.v.)	Atracurium Besilate Inj 25 mg/2,5 ml	PT. Ethica Industri Farmasi	Hanya untuk tindakan anestesi dan pasien ICU yang memerlukan, karena menggunakan ventilator.	-
			NF : Inj 10 mg/mL (i.v.)	Tramus 1 % (Inj 50 mg/ 5 ml)	PT. Dexa Medica		
	2	rokuronium	F : Inj 10 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-
	3	suksinilkolin	F : Inj 20 mg/ml, inj 50 mg/mL (i.v./i.m.)	(Belum Tersedia)	-	-	-
	+	Rocuronium Bromida	NF : Inj 10 mg/mL	Rocuronium Br Inj 50mg/5 mL	PT. Bernofarm	-	-
Roculax inj 50mg/ 5ml				PT. Finusolprima Farma Internasional			

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Vecuronium Bromida	NF : Inj 10 mg	Ecron Inj 10 mg	PT. Pharos Tbk.	-	-
	+	Tizanidine	NF : Tab 2 mg	Zitanid Tab 2 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
24.2. REVERSAL RELAKSAN OTOT							
	1	Neostigmin	F : Inj 0,5 mg/mL (i.v.)	Neostigmin inj 0,5 mg/ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	2	Sugammadeks	F : Inj 100 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	Hanya untuk pasien yang telah mengalami desaturasi oksigen pada kesulitan penguasaan jalan napas saat anestesi umum oleh relaksan otot rokuronium.	-
24.3. OBAT untuk MIASTENIA GRAVIS							
	1	Neostigmin	F : Inj 0,5 mg/mL (i.v.)	Neostigmin inj 0,5 mg/ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	2	Piridostigmin	F : Tab 60 mg NF : Tab 60 mg	(Belum Tersedia) Mestinon Tab 60 mg	- PT. Transfarma Medica Indah	-	120 tab/bulan
24.4. OBAT ANTI DEMENSIA							
	1	donepezil	F : Tab sal selaput 5 mg , Tab dispersible 10 mg	Donepezil HCl Tab 5 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	a. Hanya untuk demensia alzheimer ringan sampai sedang.	30 tab/bulan
			NF : Tab 10 mg	Aricept Evess Tab 10 mg	PT. Eisai Indonesia		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
						b. Diresepkan oleh dokter Sp.N atau Sp.KJ berdasarkan pemeriksaan <i>neurobehaviour</i> atau neuropsikiatri.	
25. OBAT untuk SALURAN CERNA							
25.1. ANTASIDA dan ANTIULKUS							
	1	Antasida Kombinasi : Al(OH)₃ 200 mg & Mg(OH)₃ 200 mg	F : Tab kunyah	Antasida Tab	PT. Mutiara Mukti Farma	-	-
			F : Susp	Antasida Sir 200 mg/5mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	-
	2	cisaprid	F : tab 5 mg	(Belum Tersedia)	-	a) Tidak diberikan pada pasien dengan QT interval awal $\geq$ 400 ms. b) Dilakukan evaluasi EKG (pengukuran QT interval) pada akhir bulan pertama terapi untuk menentukan obat diteruskan atau tidak. c) Jika tidak ada perbaikan setelah 2 minggu, maka terapi dihentikan.	90 tab/bulan. Maks 3 bulan.
	3	Esomeprazol	F : Serb Inj 40 mg (i.v.)	Esomeprazol Inj 40 mg	PT. Bernofarm	-	1 amp/hari maks 3 hari
			NF : Tab 20 mg, Tab 40 mg	Esomeprazol Tab 20 mg Esomeprazol Tab 40 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	4	Lansoprazol	F : Kaps 30 mg	Lansoprazole Kaps 30 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	a. Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum dan refluks esofagitis. b. Diberikan 1 jam sblm makan.	30 kaps/bulan
			F : Serb Inj 30 mg	Lansoprazole Inj 30 mg	PT. Fahrenheit	Utk pasien IGD/rawat inap dgn riwayat perdarahan saluran cerna.	1-3 amp/hari maks 3 hari.
	5	Omeprazol	F : Kaps 20 mg	Omeprazole Kaps 20 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	a. Untuk terapi jangka pendek pd kasus tukak lambung, tukak duodenum & refluks esofagitis. b. Diberikan 1 jam sebelum makan.	30 kaps/bulan
			NF : Kaps 20 mg	OMZ Kaps 20 mg	PT. Dexa Medica		
			F : Serb inj 40 mg	Omeprazole Inj 40 mg	PT. Bernofarm	Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna.	1-3 amp/hari maks 3 hari
			NF : Serb inj 40 mg	OMZ Inj 40 mg	PT. Dexa Medica		
	6	ranitidin	F : tab 150 mg	Ranitidine Tab 150 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	30 tab/bulan
			F : inj 25 mg/mL	Ranitidine Inj 50 mg/ 2ml	PT. Bernofarm	-	2 amp/hari
	7	Sukralfat	F : Tab 500 mg	Sucralfate Tab 500 mg	PT. Dexa Medica	-	60 tab/bulan.
			F : Sir 500 mg/5 ml	Sucralfate Susp 500 mg / 5 ml	PT. Combiphar	-	-
			NF : Sir 500 mg/5 ml	Inpepsa Susp 500 mg / 5ml	PT. Fahrenheit		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Pantoprazole	NF : Serb Inj 40 mg	Pantoprazole Serb Inj 40 mg	PT. Pertiwi Agung (Landson)	-	-
				Vomizole Serb Inj 40 mg	PT. Dexa Medica		
			NF : Tab 20 mg, Tab 40 mg	Pantoprazole Tab 20 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
				Pantoprazole Tab 40 mg	PT. Interbat		
				Vomizole Tab 20 mg	PT. Dexa Medica		
				Vomizole Tab 40 mg			
	+	Cimetidine	NF : Tab 200 mg	Cimetidin Tab 200 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	+	kombinasi : Al(OH) ₃ 325 mg & Mg(OH) ₃ 325 mg, simethicone 25mg	NF : Tab	Gastran Tab 325 mg	PT. Darya Varia Laboratoria	-	-
	+	Kombinasi : Mg tri-silicate 235 mg,Al(OH) ₃ 248 mg, papa-verine HCl 30 mg, chlor-diazepoxide HCl 5 mg, vit., niacinamide 5 mg, Ca pantothenate 1 mg	NF : Tab	Besanmag Tab	PT. Sanbe Farma	-	-
	+	kombinasi : Al(OH) ₃ 325 mg & Al(OH) ₃ 325 mg, simethicone 25mg	NF : Sir	Sanmag Susp 200 mg/5ml	PT. Sanbe Farma	-	-
+	Misoprostol	NF : Tab	Misoprostol Tab	PT. Mahakam Beta Farma	-	-	
+	Rabeprazole	NF : Tab 10 mg, Tab 20 mg	Pariet Tab 10 mg	PT. Eisai Indonesia	-	-	
			Pariet Tab 20 mg				

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Rebamipide	NF : Tab 100 mg	Rebamipide Tab 100 mg	PT. Interbat	-	-
				Mucosta Tab 100 mg	PT. Otsuka Indonesia		
25.2. ANTIEMETIK							
	1	Deksametason	F : Inj 5mg/ml	Dexametason inj 5 mg/ml	PT. Bernofarm	Hanya untuk menyertai terapi antineoplastik.	-
			NF : Tab 0,5 mg	Dexamethasone Tab 0,5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	2	Dimenhidrinat	F : Tab 50 mg	Dimenhidrinat Tab 50 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	3	Domperidon	F : Tab 10 mg	Domperidone Tab 10 mg	PT. Mega Medica Pharmaceuticals	-	-
			F : Sir 5 mg/5mL	Domperidone Sir 5 mg/ 5 mL	PT. Mulia Farma Suci		
			F : Drops 5 mg/mL	(belum tersedia)	-		
			NF : Drops 5 mg/mL	Vometa Drops 5 mg/mL	PT. Dexta Medica		
	4	Klorpromazin	F : Tab 25 mg, Inj 5 mg/mL (i.m.)	(belum tersedia)	-	-	-
			F : Inj 25 mg/mL (i.m.)	Chlorpromazin Inj 50mg/2 ml	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana		
			NF : Tab sal 100 mg	Chlorpromazin Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	5	Metoklorpramid	F : Tab 5 mg, Tab 10 mg, Inj 5 mg/ml	Metoclopramide Inj 10 mg/2ml	PT. Interbat	-	-
				Metoclopramide Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : Sir 5 mg/5 mL	Metoclopramide Sir 5 mg/5 mL		-	-
	6	Ondansetron	F : Tab 4 mg, Tab 8 mg	Ondansetron Tab 4 mg	PT. Pertiwi Agung (Landson)	Pencegahan mual dan muntah pada kemoterapi dan radioterapi.	Maks 3tab/hari Pasca kemoterapi /pasca radioterapi, maks 5 hari.
				Ondansetron Tab 8 mg			
			F : Inj 2 mg/mL	Ondansetron Inj 4 mg/ 2mL	PT. Bernofarm	- Untuk mencegah muntah pada pemberian kemoterapi yang <i>highly emetogenic</i> . - Untuk pencegahan dan pengobatan mual muntah pasca operasi.	Inj diberikan 1 amp sebelum kemoterapi.
				Ondansetron Inj 8 mg/ 4mL			
			NF : Sir 4 mg / 5 ml	Ondansetron Sir 4 mg / 5 ml	PT. LAPI Laboratories	-	-
	+	Granisetron	NF : Inj 1 mg, Inj 3 mg	Granisetron Inj 3 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
25.3. ANTIHEMOROID							
	1	antihemoroid, kombinasi : bismut subgalat, heksa-klorofen, lidokain, seng oksida	F : sup	Antihemoroid Supp	PT. Kimia Farma Tbk.	-	5 sup/kasus
	+	Kombinasi : policresulen 50 mg & cinchocaine HCl 10 mg	NF : salep	Faktu oint 20 gr	PT. Pharos Tbk.	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
25.4. ANTISPASMODIK							
	1	Atropin	F : tab 0,5 mg, inj 0,25 mg/mL (i.v./s.k.)	Atropine Sulfas Inj 0,25 mg/mL	PT. Indofarma Tbk.	-	-
	2	Hiosina butilbromida	F : Tab 10 mg, Inj 20 mg/mL	(belum tersedia)	-	-	-
	+	Hyoscine-N-butylbromide	NF : Inj 20 mg, Tab 10 mg	Buscopan Inj 20 mg/mL	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia	-	-
				Buscopan Tab 10 mg			
	+	Kombinasi : Chlordiazepoxide 5 mg & Clidinium Br 2.5mg	NF : Tab	Clixid Tab	PT. Nulab Pharmaceutical Indonesia	-	-
+	Otilonium Br	NF : Tab 40 mg	Lonide Tab 40 mg	PT. Dexta Medica	Hanya untuk pasien umum		
25.5. OBAT untuk DIARE							
	1	Atapulgit	F : Tab	New Diatabs Tab 600 mg	PT. Darya Varia Laboratoria		-
	2	Garam oralit	F : Serbuk	Oralit Serb 200	PT. Kimia Farma Tbk.	Catatan: Dilarutkan dalam 200 mL air.	-
			NF : Lar	Dehidralite 200 mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
	3	Kombinasi : Kaolin 550 mg & Pektin 20 mg	F : Tab	(belum tersedia)	-	-	-
			NF : Sir	Neo Kaolana Sir 120 mL	PT. Sanbe Farma		
	4	Loperamid	F : Tab 2 mg	Loperamid Tab 2 mg	PT. Indofarma Tbk.	Tidak digunakan untuk anak	a) < 60 tahun: 10 tab/kasus. b) ≥ 60 tahun: 4 tab/kasus.
			NF : Tab 2 mg	Lodia Tab 2 mg	PT . Sanbe Farma		
	5	Zinc	F : drops 10 mg/mL	Zinc sulfate drops 10 mg/mL	PT. Combiphar	Harus diberikan bersama oralit selama 10 hari	2 btl /kasus.Utk anak usia < 2 thn.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			F : Tab dispersible 20 mg	Zinc Tab 20 mg	PT. Interbat		-
			F : Sir 20 mg/5 mL	(belum tersedia)	-		-
			NF : Sir 20 mg/5 mL	Zincpro Sir	PT. Combiphar		-
	+	Nifuraxozide	NF : Sir	Nifudiar Sir 250 mg/5 mL	PT. Meprofarm Pharmaceutical Industries	-	-
25.6. KATARTIK							
	1	Bisacodyl	F : Tab sal 5 mg	Bisacodyl Tab 5 mg	PT. Mulia Farma Suci	-	2 tab/hari selama 5 hari kecuali untuk Konstipasi kronis.
			F : Supp 5 mg, Supp 10mg	(belum tersedia)	-	-	3 supp/kasus
			NF : Supp 5 mg	Dulcolax Supp Anak-anak 5 mg	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia		3 supp/kasus
			F : Supp 10 mg	Stolax Supp 10 mg	PT. Sanbe Farma	-	3 supp/kasus
	2	Gliserol	F : obat luar 100 mg/mL	(belum tersedia)	-	-	-
	3	Kombinasi mengandung : paraffin, gliserin, fenolftalien	F : emulsi	(belum tersedia)	-		
	4	Laktulosa	F : Sir 3,335 g/5 mL	Laktulose Sir 3,3 g/5 mL	PT. Ikapharmindo Putramas Tbk. PT. Dexta Medica	-	-
			NF : Sir	Lactulax Sir 10 g/5 mL	PT. Ikapharmindo Putramas Tbk.	-	-
	5	Natrium Fosfat	F : Lar oral	(belum tersedia)	-	Hanya digunakan pada tindakan	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : Lar oral	Fleet Phospho Soda Lar Oral 45 mL	PT. Combiphar	<i>colonoscopy.</i>	
	6	Polietilen Glikol	F : Serb	(belum tersedia)	-	-	-
	+	Kombinasi : Phenolphthalein, Liqd paraffin, Glycerin	NF : Sir	Laxadin Sir 60 mL	PT. Galenium Pharmasia Laboratories	-	-
	+	Natrium Lauril Sulfoasetat	NF : Enema	Microlax Enema	PT. Pharos Tbk.	-	-
25.7. OBAT untuk ANTIINFLAMASI							
	1	Mesalazin	F : Tab Sal enterik 250 mg	(belum tersedia)	-	Untuk episode akut <i>colitis ulcerativa</i> atau <i>colitis ulcerativa</i> yang hipersensitif terhadap sulfonamida.	-
			F : granul pelepasan lambat 2.000 mg	(belum tersedia)	-	Digunakan untuk colitis ulcerativa mild to moderate, baik untuk terapi induksi atau maintenance yang hipersensitif terhadap sulfonamida.	Maks 2 sachet /hari.
			F : enema 1 g, enema 4 g	(belum tersedia)	-	a) Hanya untuk ulcerative colitis di rektum & sigmoid colon atau descending colon dengan kondisi akut atau perdarahan. b) Diresepkan oleh dokter Sp.PD	7 enema/kasus
			F : sup 1 g	(belum tersedia)	-	Digunakan untuk pengobatan proktitis ulseratif.	1 - 2 kali sehari, maks 7 hari.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : Tab 500 mg	Pentasa Tab 500 mg	PT. Ferring Pharmaceuticals Industry	-	-
	2	Sulfasalazin	F : Kapl sal enterik 500mg	Sulfasalazine Kap 500 mg	PT. Bernofarm	-	-
25.8. LAIN - LAIN							
	1	Asam Ursodeoksikolat	F : Kaps 250 mg	(belum tersedia)	-	-	-
			NF : Kaps 250 mg	Ursodeoxycholic Acid Kaps 250 mg	PT. Dexa Medica		
	2	Somatostatin	F : inj 3 mg	(belum tersedia)	-	a) Untuk kasus perdarahan variseal esofagus akut. b) Diberikan intravena drip 250 mcg per jam.	2 amp/hari, maks 5 hari.
	+	Lactobascillus	NF : Tab	Rillus Tab	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
			NF : Sachet	Lacto B Sachet	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
				L-Bio Sachet	PT. LAPI Laboratories	-	-
	26. OBAT untuk SALURAN NAPAS						
26.1. ANTIASMA							
	1	Aminofilin	F : tab 150 mg, tab 200 mg	(belum tersedia)	-	-	-
			NF : tab 200 mg	Erphaphylline Tab 200 mg	PT. Erlimplex		
			F : inj 24 mg/mL	Aminophylline Inj 240mg/ 10 mL	PT. Ethica Industri Farmasi	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	budesonid	F : serb ih 200 mcg/dosis*	(belum tersedia)	-	Untuk rumatan asma (tidak untuk serangan asma akut).	Asma persisten berat: 2 tbg /bulan.
			F : cairan ih 0,25 mg/mL, cairan ih 0,5 mg/mL	(belum tersedia)	-	Hanya untuk serangan asma akut.	Hari pertama maks 10 mL perhari, selanjutnya 4-8 mL/hari selama 5 hari.
			NF : cairan ih 0,25 mg/mL	Budesma 0,25 mg	PT. Dexa Medica		
	3	Epinefrin (adrenalin)	F : inj 1 mg/mL	Epinephrine Inj 1 mg/mL	PT. Phapros Tbk.	-	-
	4	fenoterol HBr*	F : aerosol 100 mcg/puff, cairan ih 0,1%	(belum tersedia)	-	Hanya untuk serangan asma akut	1 tbg/bulan
			NF : aerosol 100 mcg/puff, cairan ih 0,1%	Berotec MDI 100 mcg /Dose Berotec Solution 0,1% 50mL	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia		
	5	flutikason propionat	F : cairan ih 0,5 mg/dosis	(belum tersedia)	-	Hanya untuk serangan asma akut.	Hari pertama maks 5 vial/ hari, lanjut 2 vial/hari paling lama 5 hari
				Flixotide Nebul 0,5 mg/2 mL	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)		
			F : MDI/ aerosol 50 mcg/dosis*	(belum tersedia)	-	Untuk rumatan asma (tidak untuk serangan asma akut).	1 canister/bln
	6	ipratropium bromida*	F : aerosol 0,02 mg/dosis	(belum tersedia)	-	a. Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut b. Tidak untuk jangka panjang	1 canister/bln

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	7	Tiap dosis mengandung: budesonid 80 mcg dan formoterol 4,5 mcg	F : ih*	(belum tersedia)	-	a. Untuk terapi rumatan pada pasien asma b. Untuk terapi pelega pada asma persisten ringan-berat. c. Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut.	Asma persisten ringan-sedang: 3 tbg/bulan. Asma persisten berat: 4 tbg/bulan.
			NF : ih*	Symbicort 80/4.5 mcg 60 dosis	PT. AstraZeneca Indonesia		
	8	Tiap dosis mengandung: budesonid 160 mcg dan formoterol 4,5 mcg	F : ih*	(belum tersedia)	-	a. Untuk terapi rumatan pada pasien asma b. Untuk terapi pelega pada asma persisten sedang-berat c. Untuk terapi rumatan pada pasien PPOK d. Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut	- Asma persisten sedang: 2 tabung/bulan. - Asma persisten berat: 3-4 tabung/bulan - PPOK: 2 tabung/bulan
			NF : ih*	Symbicort 160/4.5 mcg 60 dosis	PT. AstraZeneca Indonesia		
				Symbicort 160/4.5 mcg 120 dosis			
	9	Kombinasi : ipratropium bromide 0,02 mg & fenoterol hidrobromida 0,05 mg	F : aerosol*	(belum tersedia)	-	-	-
	10	Kombinasi : ipratropium bromide 0,5 mg & salbutamol 2,5 mg	F : cairan ih	Combivent 2,5 mL	PT. Zuellig Pharma	Hanya untuk: a) Serangan asma akut dan/atau b) Sebagai <i>nebulizer</i> di UGD dan ruang perawatan	Hari pertama maks 8 vial/hr, selanjutnya maks 4 vial/hr maks 5 hr. Kasus ICU maks 10 vial/hari.
			NF : cairan ih	Farbivent Cairan Inhalasi	PT. Fahrenheit		
	11	Kombinasi : salmeterol 25 mcg & flutikason propionat 50 mcg	F : ih*	(belum tersedia)	-	Tidak diberikan pada kasus asma akut.	1 tbg/bulan
			NF : ih*	Seretide Diskus 50 mcg /Puff	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	12	Kombinasi : salmeterol 50 mcg & flutikason propionat 100 mcg	F : serb ih*	(belum tersedia)	-	Tidak diberikan pada kasus asma akut.	1 diskus/bulan
			NF : serb ih*	Seretide Diskus 100 mcg /Puff	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)		
	13	Kombinasi : salmeterol 50 mcg & flutikason propionat 250 mcg	F : serb ih*	(belum tersedia)	-	Tidak diberikan pada kasus asma akut.	1 diskus atau 60 kaps/bulan
			NF : serb ih*	Seretide Diskus 250 mcg /Puff	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)		
	14	kombinasi : salmeterol 50 mcg & flutikason propionat 500 mcg	F : serb ih	(belum tersedia)	-	-	1 diskus atau 60 kaps/bulan.
			NF : serb ih	Seretide Diskus 500 mcg /Puff	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)		
	15	metilprednisolon	F : tab 4 mg*	Methylprednisolon Tab 4 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	Maks 10 tab /kasus
			NF : Tab 4 mg	Lameson Tab 4 mg	PT. Phapros Tbk.		
			F : tab 8 mg*, tab 16 mg	Methylprednisolone Tab 8 mg	PT. Mulia Farma Suci	-	-
				Methylprednisolone Tab 16 mg			
			NF : tab 8 mg*, tab 16 mg	Lameson Tab 8 mg	PT. Phapros Tbk.		
				Lameson Tab 16 mg	PT. Phapros Tbk.		
			F : inj 125 mg	Methylprednisolone Inj 125 mg/ml	PT. Bernofarm	-	-
			NF : inj 125 mg	Lameson Inj 125 mg/ml	PT. LAPI Laboratories	Pemberian di FPKTP hanya utk serangan asma akut.	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : inj 500 mg	Methylprednisolone Inj 500 mg/ml	PT. Phapros Tbk.	-	-
	16	prednison	F : tab 5 mg	Prednison Tab 5 mg	PT. Ifars Pharmaceutical Laboratories	-	-
	17	prokaterol	F : serb ih 10 mcg, cairan ih 30 mcg, cairan ih 50 mcg	(belum tersedia)	-	Hanya untuk <i>nocturnal asthma</i> yang tidak respons dengan pemberian salbutamol.	-
			NF : serb ih 10 mcg, cairan ih 30 mcg, cairan ih 50 mcg	Meptin Inhalation Sol 50 mcg	PT. Otsuka Indonesia		
				Meptin Inhalation Sol 0,3 ml			
				Meptin Swinghaler Serb Inhaler 10 mcg 200 Dosis			
			F : sir 25 mcg/5 mL	(belum tersedia)	-		
			NF : Sir 5 mcg/mL	Ataroc Sir 5 mcg/mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
	18	salbutamol	F : tab 2 mg*	Salbutamol Tab 2 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
			F : cairan ih 1 mg/mL	(belum tersedia)	-	Hanya untuk serangan asma akut dan/atau bronkospasme yang menyertai PPOK atau SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).	Hari pertama maks 8 vial /hari, lanjut maks 4 vial/ hari. Kasus di ICU maks 10 vial /hari.
			NF : cairan ih 1 mg/mL	Ventolin Nebules 2,5 mg	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)		
				Ventasal Nebules 2,5 mg	PT. Mahakam Beta Farma		
			F : sir 2 mg/5 mL*	Salbutamol Sir 2 mg/5 mL	PT. Mulia Farma Suci	-	-
			NF : Sir	Lasal Sir 2 mg/5 mL	PT. LAPI Laboratories		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			F : MDI/aerosol 100 mcg /dosis*	(belum tersedia)	-	Dapat digunakan pada salah satu atau lebih kondisi berikut: a) Sebagai pelega pada asma kronis disertai pemberian bersama kombinasi steroid inhalasi dan beta 2 agonis kerja panjang; b) Digunakan untuk bronkospasme yang menyertai PPOK; c) Digunakan utk bronkospasme yg menyertai SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).	Asma persisten ringan-berat, SOPT: 1 tbg /bln. PPOK: 2 tbg /bln.
			NF : MDI/aerosol 100 mcg/dosis*	Ventolin Inhaler 100 mcg/puff 200 dosis	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)		
			F : serb ih 200 mcg /kaps+rotahaler*	(belum tersedia)	-		
			NF : Tab 4 mg	Salbutamol Tab 4 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	+	Kombinasi:Salbutamol Sulfat 2 mg & Guaifenesin 75mg	NF : Sir	Lasal expectoran Sir 2 mg/5 mL (100 ml)	PT. LAPI Laboratories	-	-
	19	teofilin*	F : tab 150 mg, tab lepas lambat 300 mg	(belum tersedia)	-	-	-
			NF : Tab 125 mg, Tab 250 mg	Euphyllin Retard Mite Tab 125 mg	PT. Pharos Tbk.	-	-
				Euphyllin Retard Mite Tab 250 mg		-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	20	terbutalin	F : tab 2,5 mg*	(belum tersedia)	-	-	-
			F : sir 1,5 mg/5 mL	(belum tersedia)	-	-	1 btl/kasus
			F : inj 0,5 mg/mL (s.k./i.v.)	(belum tersedia)	-	Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.	4 amp/hari
			F : cairan ih 2,5 mg/mL	(belum tersedia)	-	Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK	Hari pertama maks 8 vial /hari, lanjut maks 4 vial /hari. Kasus di ICU maks 10 vial/hari
			F : serb ih 0,50 mg/dosis*	(belum tersedia)	-	Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.	1 tbg/bulan.
	21	tiotropium	F : cairan ih 2,5 mcg /semprot	(belum tersedia)	-	Diberikan sbg pengobatan pemeliharaan tambahan pd pasien asma persisten sedang - berat, berusia ≥ 6 tahun, yang tetap bergejala terhadap kombinasi LABA+ICS dan telah mengalami eksaserbasi parah dalam satu tahun terakhir.	1 cartridge/bln, 1 alat Respimat /6 bulan.
			F : cairan ih 2,5 mcg /semprot, refill	(belum tersedia)	-		1 cartridge/bln
	+	Montelukast	NF : Tab 10 mg	Isivas Tab 10 mg	PT. Fahrenheit	-	-
	26.2. ANTITUSIF						
	1	Kodein	F : tab 10 mg, tab 15 mg, tab 20 mg	Codein Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
				Codein Tab 20 mg			
			NF : tab 10 mg, tab 15 mg, tab 20 mg	Codikaf Tab 10 mg	PT. Pharmasolindo		
				Codikaf Tab 20 mg			

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Kombinasi : Codeine 30 mg & Phenyl-toloxamine 10 mg	NF : Cap	Codipront Kaps	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	+	Tiap 5mL mengandung : Codeine 11.11 mg, phenyl-toloxamine 3.67 mg, guaifenesin 55.55 mg, thyme liqd extr 55.55 mg	NF : Sir 100 ml	Codipront Cum Expectorant Sir 100 mL	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	+	Tiap 5mL mengandung : Codeine 11.11 mg, phenyl-toloxamine 3.67 mg	NF : Sir 100 ml	Codipront Sir 100 mL	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	+	Kombinasi : Codeine 30 mg, phenyl-toloxamine 10 mg, guaifenesin 100 mg	NF : Cap	Codipront Cum Expectorant Kaps	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	+	Dextromethorphan	NF : Sir	Sanadryl Exp Sir 60 mL Sanadryl DMP 60 mL	PT. Sanbe Farma	-	-
26.3. EKSPEKTORAN							
	1	n-asetil sistein	F : ih 100 mg/mL	(belum tersedia)	-	-	3 amp/hari paling lama 10 hari.
			F : kaps 200 mg*	Acetylcistein Kaps 200 mg	PT. Dexa Medica	-	maks 10 kap/kasus.
			NF : kaps 200 mg	L-Acys Kaps 200 mg	PT. LAPI Laboratories	-	
			F : Granula 200 mg	(belum tersedia)	-	-	3 x sehari (600mg/hari).

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			F : sir 100 mg/5mL	(belum tersedia)	-	Hanya untuk pasien anak < 12 tahun.	2 btl/kasus, paling lama 10 hari.
			NF : Inf 200 mg/ml	Acetylcistein Inf 200 mg /ml	PT. Yarindo Farmatama	-	-
				Antipac Inf 200 mg/ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
	+	Kombinasi : Acetylsistein 200 mg & Paracetamol 500 mg	NF : Tab	Sistenol Tab	PT. Dexa Medica	-	-
	+	Glyceril Guaiacolate	NF : Tab	Glyceryl Guaiacolate Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
26.4. OBAT untuk PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS							
	1	budesonid	F : cairan ih 0,5 mg/mL	(belum tersedia)	-	Hanya untuk eksaserbasi akut PPOK.	Maks selama 10 hari.
			NF : cairan ih 0,25 mg/mL	Budesma 0,25 mg	PT. Dexa Medica		
	2	glikopironium	F : serb ih 50 mcg	(belum tersedia)	-	-	30 kaps inhalasi/bulan
	3	indakaterol*	F : serb ih 150 mcg, serb ih 300 mcg	(belum tersedia)	-	-	30 kaps inhalasi/bulan.
	4	Ipratropium bromida	F : aerosol 0,02 mg/dosis*, cairan ih 0,025%	(belum tersedia)	-	a. Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut b. Tidak untuk jangka panjang	1 canister/bln
	5	kombinasi : indakaterol 110 mcg & glikopironium 50mcg	F : serb ih + alat breezhaler	(belum tersedia)	-	obat lini kedua untuk PPOK berat yang tidak respons lagi dengan LABA/LAMA atau LABACs	30 kaps/bulan

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	6	Kombinasi : ipratropium bromida 0,5 mg & salbutamol 2,5 mg	F : cairan ih	(belum tersedia)	-	Hanya untuk: a. Bronkospasme yang menyertai PPOK dan/atau b. Sebagai nebulizer di UGD dan ruang perawatan	- Hari pertama maks 8 vial /hari, lanjut maks 6 vial /hari paling lama 15 hari. - Kasus ICU maks 10 vial /hari.
			NF : cairan ih	Combivent 2,5 mL	PT. Zuellig Pharma		
	7	Kombinasi : salmeterol 50 mcg & flutikason propionat 250 mcg	F : serb ih*	(belum tersedia)	-	-	1 diskus atau 60 kaps/ bulan.
			NF : serb ih*	Seretide Diskus 250 Mcg/puff	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)		
	8	Kombinasi : salmeterol 50 mcg & flutikason propionat 500 mcg	F : serb ih*	(belum tersedia)	-	-	1 diskus atau 60 kaps/ bulan.
			NF : serb ih*	Seretide Diskus 500 Mcg/puff	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)		
	9	Kombinasi : tiotropium 2,5 mcg & olodaterol 2,5 mcg	F : cairan ih	(belum tersedia)	-	Obat lini kedua untuk PPOK berat yang tidak respons lagi dengan LABA atau LAMA atau LABACs.	1 cartridge/bln, 1 alat respimat/6 bln.
			F : cairan ih, refill	(belum tersedia)	-		1 cartridge /bln
	10	olodaterol*	F : cairan ih 2,5mcg/semprot	(belum tersedia)	-	Tidak untuk mengatasi eksaserbasi akut.	1 cartridge/bln, 1 alat respimat/3 bln.
			F : cairan ih 2,5 mcg/semprot, refill	(belum tersedia)	-		1 cartridge/bln

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	11	tiotropium*	F : cairan ih 2,5mcg/semprot	(belum tersedia)	-	Digunakan pada pasien PPOK, termasuk bronkitis kronik dan emfisema, terapi rumatan dari dyspnea dan pencegahan eksaserbasi.	1 cartridge/bln, 1 alat respimat/3 bln.
			F : cairan ih 2,5 mcg/semprot, refill	(belum tersedia)	-		1 cartridge/bln
			F : respimat ih 5 mcg	Spiriva inhaler 2,5 mcg	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia		-
26.5. LAIN - LAIN							
	1	Surfaktan	F : susp 25 mg/mL (intratrakeal)	(belum tersedia)	-	utk IRDS (<i>Idiopathic Respiratory Distress Syndrome</i>) pd neonatus	-
	+	Erdostein	NF : Cap 300 mg	Erdostein Kaps 300 mg	PT. Promedrahardjo Farmasi Industri	-	-
				Vestein Kaps 300 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		
			NF : Sir 175 mg/5 mL	Erdostein Sir 175 mg/5 mL	PT. Bernofarm	-	-
				Vestein Sir 175 mg/5mL	PT. Kalbe Farma Tbk.		
	+	Ambroxol	NF : Tab 300 mg, Sir 15 mg/5ml, Sir F 30mg/5ml, Drops 15 mg/ml	Ambroxol Tab 30 mg	PT. Mulia Farma Suci	-	-
				Ambroxol Sir 15 mg/5ml			
				Epexol Tab 30 mg	PT. Sanbe Farma	-	-
				Epexol Sir 15 mg/5ml		-	-
				Epexol Sir F 30 mg/5ml		-	-
				Epexol Drops 15 mg/ml		-	-
	+	Bromhexine HCL	NF : Sol 10 mg/5 ml, Sir Elik sir 4 mg/5 ml	Bisolvon Sol 10 mg/5 ml	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia	-	-
				Bisolvon Elik sir 4 mg/5 ml			

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : Tab 8 mg	Mucohexin Tab 8 mg	PT. Sanbe Farma	-	-
	+	Komposisi : Paracetamol, GG, CTM, Oleum anisi	NF : Sir	Baby Cough Sir 60 mL	PT. Universal Pharmaceutical Industries	-	-
27. OBAT UNTUK SALURAN KEMIH							
	1	imidafenasin	F : tab sal selaput 0,1 mg	(belum tersedia)	-	a) Untuk indikasi Overactive Bladder (OAB) / Inkontinensia tipe Desakan (Urge Urinary Incontinence). b) Didasarkan pada hasil pemeriksaan urodinamik atau memenuhi syarat minimum sbg berikut: anamnesa, pemeriksaan fisik, urinalisa, catatan harian berkemih (Bladder Diary), kuesioner (OABSS) & pemeriksaan residu urine. c) Diresepkan oleh dokter Sp.U	Maks 3 bulan.
	2	Solifenasin	F : Tab 5 mg, tab 10 mg	(belum tersedia)	-		Maks 3 bulan
28. OBAT yang MEMENGARUHI SISTEM IMUN							
28.1. SERUM dan IMUNOGLOBULIN							
	1	green pit viper antivenin	F : serb inj	(belum tersedia)	-	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes	-
	2	hemato polivalent snake antivenin	F : serb inj	(belum tersedia)	-		-
	3	Hepatitis B	F : inj 100–220 IU	(belum tersedia)	-		-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
		Imunoglobulin (human)	NF : Inj 220 IU/mL	HyperHep B imunoglobulin Siringe 220 IU/mL (0,5 mL)	PT. Dipa Pharmalab Intersains	Untuk bayi baru lahir dengan ibu HBsAg positif.	
	4	Human tetanus imunoglobulin	F : Inj 250 IU (i.m), Inj 500 IU (i.m)	(belum tersedia)	-	a. Luka baru terkontaminasi pada pasien dengan riwayat vaksinasi tetanus yang tidak diketahui/tidak lengkap. b. Manifestasi tetanus scr klinis.	-
	5	Imunoglobulin Intravena	F : Inj 50 mg/ml, inj 100 mg/mL	(belum tersedia)	-	a. Hanya digunakan apabila syarat utk plasmaferesis tidak terpenuhi pd terapi <i>Guillain-Barré syndrome</i> (GBS). b. Digunakan untuk Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy (CIDP) yg resistan atau kontraindikasi terhadap kortikosteroid. Pemberian berikutnya harus disertai dgn pemeriksaan elektrofisiologi yg membuktikan adanya perbaikan. c. untuk Immune Thrombocytopenic Purpura (ITP) akut dgn risiko tinggi perdarahan/ sebelum intervensi bedah, sesaat setelah refrakter terhadap kortikosteroid.	- GBS: 0,4 g/kg BB/hari selama 5 hr. - CIDP: 2 g/kg BB/episode. - ITP: 0,8-1 g/kgBB pada hari pertama, diulangi sekali lagi dalam waktu 3 hari; atau 0,4 g/kgBB per hari selama 2-5 hari.

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	6	<i>king cobra antivenin</i>	F : serb inj	(belum tersedia)	-	<i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>	-
	7	<i>neuro polyvalent snake antivenin</i>	F : serb inj	(belum tersedia)	-		-
	8	<i>polyvalent snake antivenin (Indonesia)</i>	F : serb inj	(belum tersedia)	-		-
	9	<i>polyvalent snake antivenin (Australia Papua New Guinea)</i>	F : inj	(belum tersedia)	-		-
	10	<i>russell's viper antivenin</i>	F : serb inj	(belum tersedia)	-		-
	11	<i>sea snake antivenin</i>	F : inj	(belum tersedia)	-		-
	12	serum antidifteri (A.D.S)	F : inj 10.000 IU	(belum tersedia)	-	<i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> Disimpan pada suhu 2 - 8°C.	-
	13	serum antirabies	F : inj 150–400 IU/mL	(belum tersedia)	-	a. untuk pengobatan <i>post exposure</i> di daerah rabies. b. Disimpan pada suhu 2 - 8°C.	-
	14	serum antitetanus (A.T.S)	Untuk pencegahan : F : inj 1.500 IU/mL (i.m.), inj 5.000 IU/mL (i.m.)	Biosat Inj 1500 ui	PT. Biofarma	Disimpan pada suhu 2 - 8°C.	-
			Untuk pengobatan : F : inj 10.000 IU/mL (i.m.), inj 20.000 IU/mL (i.m.)				
	15	tetanus toxoid	F : inj	(belum tersedia)	-	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	serum anti bisa ular: A.B.U.	F : inj (i.m./i.v.)	Biosave Inj 5 mL	PT. Biofarma	Khusus untuk daerah tertentu. Disimpan pada suhu 2 - 8°C.	-
28.2. VAKSIN <i>Catatan:</i> a. Disediakan oleh Program Kemenkes b. Disimpan pada suhu 2 - 8 °C.							
	1	vaksin BCG	F : serb inj 0,75 mg/mL + pelarut (i.k.)	Vaksin BCG + pelarut	PT. Biofarma	a. Disimpan dekat evaporator b. Vaksin yang telah dilarutkan tetapi tidak segera digunakan maka harus disimpan pada suhu 2 - 8 °C tidak lebih dari 3 jam penyimpanan.	-
	2	vaksin COVID-19 platform inactivated	F : inj	(belum tersedia)	-	-	-
	3	vaksin COVID-19 platform mRNA	F : inj	(belum tersedia)	-	-	-
	4	vaksin COVID-19 platform protein sub unit rekombinan	F : inj	(belum tersedia)	-	-	-
	5	vaksin DPT-HB-Hib	F : inj (i.m.)	Pentabio (DTP-HB-Hib)	PT. Biofarma	-	-
	6	vaksin hepatitis B rekombinan	F : <i>Prefilled Injection Device (Uniject)</i> (i.m)	Vaksin Hepatitis B Rekombinan Uniject	PT. Biofarma	Diberikan pada bayi < 24 jam pascalahir dengan didahului suntikan vitamin K1 2-3 jam sebelumnya.	-
	7	vaksin human papilomavirus	F : inj (0,5 mL) vial dosis tunggal	(belum tersedia)	-	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	8	vaksin human rotavirus	F : drop, vial multi dosis	(belum tersedia)	-	-	-
	9	vaksin Japanese encephalitis, live attenuated	F : inj dengan pelarut (0,5 mL) vial multi dosis	(belum tersedia)	-	-	-
	10	vaksin jerap difteri tetanus (DT)	F : inj 40/15 lf/mL (i.m.)	Vaksin Jerap Difteri Tetanus (DT) cairan Inj i.m 40/15 lf per mL	PT. Biofarma	untuk anak < 7 tahun	-
	11	vaksin jerap tetanus difteri (Td)	F : inj 15/4 lf/mL (i.m.)	Vaksin Jerap Difteri Tetanus (Td) cairan Inj i.m 4/15 lf per mL	PT. Biofarma	untuk anak dan dewasa (≥ 7 tahun)	-
	12	vaksin measles rubella (MR)	F : inj (s.k.)	Vaksin MR + pelarut	PT. Biofarma	a. Disimpan dekat evaporator b. Vaksin yang telah dilarutkan disimpan pada suhu 2 - 8 °C selama dan harus digunakan sebelum lewat 6 jam. c. Digunakan pada usia 9 bulan, 18 bulan, dan kelas 1 SD	-
	13	vaksin pneumokokus polisakarida konjugasi	F : vaksin pneumokokus polisakarida konjugasi	(belum tersedia)	-	-	-
	14	vaksin polio IPV	F : inj (i.m.)	(belum tersedia)	-	-	-
	15	vaksin polio oral (b-OPV)	F: drops	Bivalent oral poliomyelitis vaccine	PT. Biofarma	-	-
	16	vaksin rabies, untuk manusia	F : inj 2,5 IU	Verorab serb inj 2,5 IU (s.k.)	PT. Biofarma	Digunakan untuk <i>post exposure</i> di daerah rabies.	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Virus Rotavirus	NF : susp oral	Rotarix 1,5 ml	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)	-	-
	+	Hepatitis B vaccine	NF : Siringe	Engerix B Inj 0,5 mL		-	-
	+	Lyophilized live attenuated OKA strain of varicella-zoster virus	NF : Siringe	Varilrix Inj 0,5 mL		-	-
	+	Measles Mumps Rubela (MMR)	NF : inj 0,5 ml	Trimovax Inj 0,5 mL	PT. Sanofi Aventis Indonesia	-	-
	+	Hepatitis B rekombinan	NF : Siringe	Euvax B Inj 10 mcg		-	-
				Euvax B Inj 20 mcg			
	+	Vaksin thypoid	NF : Siringe	thypim IV			
	+	Vaksin influenza	NF : Siringe	Vaxigrip			
	+	Vaksin Meningitis	NF : inj	Formening 200 mcg	Yuxi Walvax Biotechnology Co.,Ltd.	-	-
29. OBAT untuk TELINGA, HIDUNG, dan TENGGOROKAN							
	1	Asam asetat	F : tts telinga 2%	(Belum Tersedia)	-	<i>Catatan: dibuat baru, recenter paratus (r.p.)</i>	-
	2	Flutikason furoat	F : susp 27,5 mcg/spray	(Belum Tersedia)	-	Pemberian hanya pada pagi hari dengan dosis 1 kali sehari	1 btl/bulan
	3	Hidrogen peroksida	F : cairan 3%	(Belum Tersedia)	-	<i>Catatan: Dibuat baru, dalam botol tertutup rapat, terlindung dari cahaya.</i>	-
	4	Karbogliserin	F : tts telinga 10 %	(Belum Tersedia)	-	-	-
	5	Kloramfenikol	F : tts telinga	(Belum Tersedia)	-	Untuk infeksi telinga dengan	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : tts telinga	Erlamycetin Tts Telinga 10 mL	PT. Erela	membran timpani yang utuh.	
	6	Lidokain	F : spray topikal 10%	(Belum Tersedia)	-	-	-
	7	Oksimetazolin	F : tts hidung 0,025%; tts hidung 0,050%	Iliadin Drops Tts Hidung 0.025 % 10 mL	PT. P&G Health Indonesia.	-	-
				Iliadin Drops Tts Hidung 0.050 % 10 mL			
			NF : spray 0,05%	Iliadin Spray 0,05% 10 mL	PT. P&G Health Indonesia	-	-
	8	Ofloksasin	F : Tts telinga 3%	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : Tts telinga 3%	Akilen Tts Telinga 3 mg/5 ml	PT. Sanbe Farma		
	9	Triamsinolon asetonid	F : nasal spray 55mcg/puff	(Belum Tersedia)	-	-	-
			NF : Ora Base Gel	Kenalog In Oral Base Gel	PT. Taisho Pharmaceutical Indonesia Tbk.	-	-
	+	Borax Glycerin	NF : Gom	Borax Glycerin 10% Gom 8 mL	PT. Ciubros Farma	-	-
	+	Kombinasi : Fludrocortisone, Lidocain HCl, Neomycin dan Polymyxycyn B Sulfat	NF : Tts Telinga	Otopain Tts Telinga 8 mL	PT. Interbat	-	-
	+	Kombinasi : Sea water dan purified water	NF : Inhalasi	Sterimar Tts Hidung 100 mL	Church & Dwight UK Limited	-	-
	+	Gentamycin	NF : Tts Telinga	Sagestam Tts Telinga 3 mL	PT. Sanbe Farma		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
30. VITAMIN dan MINERAL							
	1	asam askorbat (vitamin C)	F : Tab 50 mg, Tab 250 mg	Asam Askorbat (Vitamin C) Tab 50 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
				Asam Askorbat (Vitamin C) Tab 250mg			
			NF : Tab 100 mg	Asam Askorbat (Vitamin C) Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
			NF : Inj 100 mg/mL	Asam Askorbat (Vitamin C) Inj 500 mg/ 5ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
			NF : Inj 200 mg/mL	Asam Askorbat (Vitamin C) Inj 1.000 mg/ 5ml	PT. Ethica Industri Farmasi	-	-
	2	Kalsitriol*	F : kaps lunak 0,25 mcg, kaps lunak 0,5 mcg	Calcitriol Kaps 0,25 mcg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	Hanya untuk penyakit ginjal kronis grade 5 dan pasien hipoparatiroid pemeriksaan kadar kalsium ion 1,1- 2,5 mmol	90 kaps/bulan
			NF : Kaps 0.25 mg	Oscal Kaps 0,25 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.		
	3	kalsium glukonat	F : Inj 10%	Ca Gluconas Inj 100mg/ml	PT. Ethica Industri Farmasi	-	-
	4	kalsium karbonat*	F : Tab 500 mg	Calcium Carbonat (CaCO ₃) Kaps 500 mg	PT. Brataco Chemika PT. Infion Pharmaceutical	-	-
			NF : Tab 500 mg	Osteocal Tab	PT. Nicholas Laboratories Indonesia		
	5	Kalsium Laktat (Kalk)	F : Tab 500 mg	Kalsium Laktat Tab 500 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	Untuk hipoparatiroidisme.	-
	6	kolekalsiferol (vitamin D3)	F : tab 1.000 IU	VIT D3 Tab 1000 IU	PT. LAPI Laboratories	-	30 tab/bulan.
			NF : Kaps 1.000 IU	Forti-D Caps 1000 IU	PT. Darya Varia Laboratoria		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
			NF : Sir	Forti-D Sir	PT. Darya Varia Laboratoria	-	
			F : tab 5.000 IU	(Belum Tersedia)	-	-	
			NF : Tab 5.000 IU	Tride Tab 5000 IU	PT. Dipa Pharmalab Intersains		
			NF : Kaps 400 IU	Forti-D Caps 400 mg	PT. Darya Varia Laboratoria	-	
	7	Kombinasi : Fe sulfat/ Fe fumarat/Fe glukonat (setara dengan 60 mg Fe elemental) & asam folat 0,4 mg	F : Tab	(Belum Tersedia)	-	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.	-
	+	Kombinasi : Fe, Asam Folat, & multivitamin	NF : Drops	Ferlin Drops 30 mL	PT. Darya Varia Laboratoria	-	-
			NF : Syr	Ferlin Sir 100 mL			
	+	Kombinasi : Fe Fumarat 60 mg, Asam folat 0,25 mg, Vitamin B6 37,5 mg	NF : Tab	Fermia Tab	PT. Erela	-	-
	+	Kombinasi : Fe fumarate 360 mg, Folic Acid 1.5 mg, Vit. B12 15 mcg, Vit. C 75 mg, Ca carbonat 200 mg, Vit. D 400 IU	NF : Kaps	Hemobion Kaps	PT. Merck Indonesia Tbk.	-	-
	8	Piridoksin (vitamin B6)	F : Tab 10 mg*, Tab 25mg*	Vitamin B6 Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	30 tab/bulan.
			F : inj 50 mg/mL	(Belum Tersedia)	-	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Kombinasi : Vitamin B6 & Pyrathiazine Chlorotheophyllinate	NF : Tab	Mediamer B6 Tab	PT. Darya Varia Laboratoria	-	-
	9	Retinol (Vitamin A)	F : Kaps lunak 100.000 IU, Kaps lunak 200.000 IU	Vitamin A Tab 200.000 iu	PT. Kimia Farma Tbk.	-	-
	10	Sianokobalamin (Vitamin B12)*	F : Tab 50 mcg	Vitamin B12 Tab 50 mcg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	30 tab/bulan.
	11	Tiamin (Vitamin B1)*	F : Tab 50 mcg	Vitamin B1 Tab 50 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	-	30 tab/bulan.
			NF : Tab 100 mcg	Vitamin B1 Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.		
	12	Vitamin B kompleks (Vit. B1, B6, & B12)	F : Tab	Vitamin Tab B Complex	PT. Kimia Farma Tbk.	Untuk pengobatan defisiensi vitamin B1, B6, dan B12	-
	+	Vitamin E	NF : Tab	Santa E Tab 100 mg	PT. Sanbe Farma	-	-
				Santa E Tab 200 mg			
				Santa E Tab 400 mg			
	+	Mecobalamin	NF : Kaps 500 mcg	Mecobalamin Kaps 500 mcg	PT. Mulia Farma Suci	-	-
				Lapibal Kaps 500 mcg	PT. LAPI Laboratories		
			NF : Inj 500 mcg/mL	Mecobalamin Inj 500 mcg/mL	PT. Infion Pharmaceutical	-	-
	+	Calcium Acetat	NF : Tab	Lenal Ace Tab	PT. Medifarma	-	-
	+	Fursultiamine	NF : Tab	Alinamin F Tab	PT. Takeda Indonesia	-	-
			NF : Inj 2 mg/ 10 ml	Furamin Inj 25 mg/10 mL	PT. Meprofarm Pharmaceutical Industries		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Kombinasi : Mecobalamin dan Multivitamin	NF : Tab	Rebal Plus Kaps	PT. Fahrenheit	-	-
	+	Kombinasi : Vitamin dan Mineral	NF : Sir, Drops	Immun Ped Sir	PT. Darya Varia Laboratoria	-	-
	+	Kombinasi : Multivitamin, Nicotinamide, Lysine HCl, [d]-panthenol, L-glutamic Acid	NF : Drops, Sir	Apialys Drop 10 mL	PT. LAPI Laboratories	-	-
				Apialys Sir 100 mL			
	+	Echinacea purpurea	NF : Sir, Tab	Im Boost Tab	PT. Soho Global Health	-	-
				Im Boost Force Sir 60 mL			
	+	Tiap 5 ml mengandung Echinacea purpurea extract 500 mg, zinc picolinate 5 mg, selenium 15 mcg	NF : Sir	Imunos Sir	PT. LAPI Laboratories		
	*	Komposisi : Multivitamin, Nicotinamida, Dekspantenol	NF : Drop	San B Plek Drop 15 ml	PT. Sanbe Farma	-	-
	+	Kombinasi : Vit. A palmitate 850 IU, Vit. B1 3mg, Cod Liver Oil 2,5mg, Vit. B2 1,5 mg, Ca. Pantothenate 5 mg, Vit. B6 0,5 mg, Ca.Glycerophosphate	NF : Sir, Tab	Cavicur Sir	PT. Erela	-	-
				Cavicur Tab			

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
		100mg, Vit. B12 5mcg, Curcuma xanthorrhiza Ext 10 mg, Vit. D 100 IU					
	+	Kombinasi: Curcuminoid 2 mg, Beta-carotene 10% 4 mg, Vit. B1 3 mg, Vit. B2 2 mg, Vit. B6 5 mg, Vit. B12 5 mcg, Vit. D 100 IU, Dexpanthenol 3 mg, Ca pidolate 300 mg, Fructooligo-saccharide 300mg	NF : Sir	Vitacur Sir	PT. LAPI Laboratories	-	-
	+	Kombinasi : DHA EPA, Omega 3 dan 6 , dan Multivitamin	NF : Kaps	Prolacta for Baby Kaps	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	+	Kombinasi : Coral Ca , Natural soy isoflavone , Vit D3, Vit K1 , Mg , Zn, Boron	NF : Tab	Cal 95 Tab	PT. LAPI Laboratories	-	-
	+	Kombinasi : Cal 200 mg, Vit. D3 200 IU, Vit. K2 22,5 mg, Zinc 7,5 mg, Mg 50 mg	NF : Sir	Cal-95 Kids Sir			
	+	Kombinasi : Billberry dry extr, retinol , β -carotene , vit E, lutein	NF : Tab	Optalvit Plus Tab	PT. Phapros Tbk.	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
		mcg, zeaxanthin, selenium, Zn sulfate					
	+	Kombinasi : Ekstrak biji Fenugreek, Ekstrak biji daun katuk, Vit B12	NF : Tab	Lactamor Tab	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
	+	Kombinasi : Kalsium karbonat, Tuna Fish Oil, vitamin D3	NF : Tab	Osfit DHA Kaps	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
	+	Asam Keto Essensial	NF : Tab	Prorenal Tab	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	+	Kombinasi : Kalsium, Ca carbonate, Vit D3, Alfa-linoleate	NF : Kaps	Epocaldi Kaps	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	+	Kombinasi : Lecitine dan Multivitamin	NF : Kaps 300 mg	Lesichol Kaps 300 mg	PT. Pertiwi Agung (Landson)	-	-
	+	Kombinasi : Lecitine dan Pancreatin	NF : Kaps, Tab	Hepamax Kaps	PT. Dankos Farma	-	-
	+	Kombinasi : Multivitamin, Folic acid, Pantothenic acid, Zn , Niacin	NF : Tab	Becom Zet Tab	PT. Sanbe Farma	-	-
	+	Kombinasi : Vit. E 30 IU, Vit. C 750 mg, Vit. B1 15 mg, Vit. B2 15 mg, Niacinamide 100 mg, Vit. B6 25 mg, Vit.	NF : Kaplet	Zegavit Kap	PT. Kalbe Farma Tbk.		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
		B12 12 mcg, Folic Acid 0.4 mg, Calcium 20 mg, Pantothenic Acid 20 mg, Zinc 20 mg					
	+	Kombinasi : Pancreatin 170 mg & Simethicone 80 mg	NF : Tab	Xepazym Tab	PT. Metiska Farma		
	+	Kombinasi : Retinol palmitate, Cholecalciferol , Tocopherol,Glycin, Glycocholic acid , Soybean lecithin	NF : Inj	Cernevit Inj	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
	+	Kombinasi : Vit. E 30IU, vit. C 500 mg, Vit. B1 15mg, Vit. B6 25 mg, Vit. B12 40 mcg, Zinc 20mg	NF : Serb Inj	Vivena 9 Inj	PT. Dexa Medica	-	-
	+	Kombinasi : β-carotene, Multivitamin, Nicotinamide, Calcium pantothenate, Calcium carbonate, Folic acid,Potassium iodide,Ferrous fumarate,Copper sulfate,Calcium	NF : Tab	Folamil Genio Tab	PT. Dexa Medica	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
		lactate,Sodium fluoride, Biotin, Iron Polymaltose, DHA,ARA					
	+	Kombinasi : DHA EPA, Omega 3 dan 6, dan Multivitamin	NF : Kaps	Promavit Kaps	PT. LAPI Laboratories	-	-
	+	Kombinasi : Lutein, lycopene, vit. E, vit. C, Zn, Beta-carotene , Bilberry ekstrak	NF : Tab	Optimax Tab	PT. Ferron Par Pharmaceuticals	-	-
	+	Kombinasi : Super Oksida Dismutase Ekst Melon dgn gliadin	NF : Kapsul	Glisodin Kaps 30 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.	-	-
	+	Kombinasi : Cyperus scariosus 16 mg, Didymocarpus pedicellate 65mg, Saxifraga ligulate 49 mg, Rubia cordifolia 16 mg, Achyranthes aspera 16 mg, Onosma bracteatum 16 mg, Vernonia cinerea 16 mg	NF : Tab	Cystone Tab	PT. Anugerah Pharmindo Lestari	-	-
	+	Glucosamin	NF : Tab	Glucosamin Tab	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	-
	+	Ginkobiloba	NF : Tab 80 mg, Tab Forte 120 mg	Tebokan Special Tab 80 mg	PT. Phapros Tbk.	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Monoammonium glycyrrhizinate Aminoacetic acid, L-cystein hydrochloride	NF : inj	Stronger Neo Minophagen C Inj	PT. Dexa Medica	-	-
	+	Natural Astaxanthin	NF : Tab	Asthin Force Tab	PT. Soho Industri Pharmasi	-	-
	+	Ophiocephalus Striatus Extract 500 mg	NF : Kaps	Channa Kaps	PT. Mega Medica Pharmaceuticals	-	-
	+	Tiap 10g mengandung: Ophiocephalus Striatus Extract 5 g, Sea Cucumbar Extract 2,5 g, Citrus Sinensis Fructus Extract 2 g, Curcuma Domesticae Rhizoma 0,5 g	NF : Sachet	Channa Plus Sachet	PT. Mega Medica Pharmaceuticals	-	-
	+	Kombinasi : Orthosiphon stamnineus folium ext. 18 mg ,Strobilantus crispus folium ext. 6 mg, Sonchus arvensis folium ext. 24 mg, Phyllantus niruri folium ext. 2,4 mg, plantago mayor folium ext. 100mg	NF : Kapsul	Nephrolit Kaps	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	+	Kombinasi : Schizandrae chinensis Fructus 100 mg, Silikondioksid koloidal, microcrystalline cellulose 102, talk	NF : Kaps	HP Pro Kaps	PT. Biolife	Hanya untuk pasien umum	
	+	Kombinasi : Natural fish oil 200 mg, EPA + DHA, Folic Acid 800 mcg, fructooligosaccharides 50 mg, vit. E 10 mg	NF : Tab	Lactafar Tab	PT. Fahrenheit	-	-
31. OBAT yang MEMENGARUHI STRUKTUR dan MINERALISASI TULANG							
	1	alendronat	F : tab 70 mg	(belum tersedia)	-	Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T score < -2,5 (bukan BMD <i>ultrasound</i>) atau riwayataktur osteoporosis.	4 tab/bulan
	2	asam zoledronat	F : inf 5 mg/100 mL	(belum tersedia)	-		-
			NF : inf 4 mg/100 mL	Zoltero Inf 4 mg/100 mL	PT AmaroX Global Pharma	-	-
	3	risedronat	F : tab sal selaput 35 mg	(belum tersedia)	-	Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T score < -2,5 (bukan BMD <i>ultrasound</i>) atau riwayataktur osteoporosis.	4 tab/bulan
	4	sodium hialuronat	F : inj 10 mg/mL	(belum tersedia)	-		Diberikan 1 vial /prefilled syringe
			NF : 10 mg/mL	Umarone Inj 20 mg/ 2mL	PT. Fahrenheit		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
				Osflex Inj 25mg/ 2,5 ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	a) Hanya diberikan untuk OA grade II–III (klasifikasi KellgrenLawrence). b) Diberikan pada pasien yang sudah tidak respons dengan parasetamol/NSAID atau ada kontraindikasi. c) Bila 3x pemberian tidak memberikan respons klinis signifikan, maka terapi dihentikan.	per minggu. Maks 5 vial/pre-filled syringe per kasus.
32. LAIN-LAIN							
	1	Larutan kardioplegia	F : inj	(belum tersedia)	-	-	-
	2	Kalsium polistiren sulfonat	F : serb 5 g	(belum tersedia)	-	15-30 g/hari dibagi dalam 2-3kali pemberian. Mkas selama 5 hari sampai dengan dialysis dilakukan.	
	3	sevelamer karbonat	F : tab 800 mg	(belum tersedia)	-	Hanya untuk pasien CKD <i>stage</i> 5 dialisis dengan kadar fosfat > 5,5 mg/dL dan kadar kalsium > 9 mg/dL yang tidak dapat diberikan kalsium karbonat.	-
	+	Fenazopiridin	NF : Tab	Nexurin Tab	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	+	Kalium Chlorida	NF : Kaps	KCl Caps 500 mg	PT. Brataco Chemika	-	-
			NF : Inf	KCl 7,46% inf 25 ml	PT. Otsuka Indonesia	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
32.1. HEMOSTATIK							
	1	Carbazochrome NA Sulfonate	NF : Inj	Carbazochrome Inj 50 mg/10 mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
	2	Policresulen	NF : larutan	Albothyl konsentrate 5 ml	PT. Pharos Tbk.	-	-
32.2. KOLAGOGUM, KOLELITOLITIK, & HEPATOPROTEKTOR							
	1	L-ornithine-L-aspartate	NF : Inj	Ornispar Inj	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-
			NF : Granul	Hepa-Merz Granulate	PT. Pyridam Farma, Tbk.		
32.3. NOOTROPIK & NEUROTONIK/NEUROTROPIK							
	1	Citicholine	NF : Inj, Tab	Citicholine Inj 250 mg /2mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	-	-
				Citicholine Inj 500 mg /4mL	PT. Mahakam Beta Farma		
				Citicholine Tab 500 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories		
				Citicholine Tab 1000 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories		
		NF : Sir	Cerecol Sir 500 mg/5 mL	PT. Sanbe Farma	-	-	
	2	kombinasi : Kolin Sitrat 147.5 mg, Sitidin Monofosfat 121.5 mg, Fosfatidil Serin 20% 125 mg	NF : Tab	Neulin PS Tab	PT. Ferron Par Pharmaceuticals	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
32.4. OBAT BATUK DAN PILEK							
	1	Desloratadine	NF : tab	Desloratadine Tab	PT. Dexa Medica	-	-
			NF :Tab	Aerius Tab 5 mg	PT. Merck Indonesia Tbk.		
	2	Kombinasi : CTM dan Phenylpropanolamine	NF : Tab	Nalgestan Tab	PT. Darya Varia Laboratoria	-	-
	3	Kombinasi : Paracetamol 300 mg, Phenylpropanolamine HCl 12.5 mg, Dexchlorpheniramine Maleat 1 mg, Dextromethorphan HBr 10 mg, GG 50 mg	NF : Tab	Intunal Tab	PT. Meprofarm Pharmaceutical Industries	-	-
	4	Kombinasi : Paracetamol 500 mg, Phenylpropanolamine HCl 15 mg, Dexchlorpheniramine Maleat 2 mg, Dextromethorphan HBr 15 mg, GG 50 mg	NF : Tab	Intunal F Tab	PT. Meprofarm Pharmaceutical Industries	-	-
	5	Tiap 5 ml mengandung : Eks. Thymi Herba Siccum 41.67 mg, Eks.Primulae Radix Siccum 10 mg, Eks. Althaea Folium Siccum	NF : Sir 100 mL	Silex Sir 100 mL	PT. Darya Varia Laboratoria	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
		58.33 mg, Eks. Doserae Herba Siccum 25 mg, Eks. Serphylli Herba Siccum 35 mg					
	6	Kombinasi : Noscapine 10 mg, CTM 2 mg, GG 50 mg, paracetamol 500 mg, Phenyl- propanolamine HCl 15 mg	NF : Sir, Tab	Paratusin Sir 60 mL Paratusin Tab	PT. Darya Varia Laboratoria	-	-
	7	Kombinasi : Pseudo- efedrin HCl 7,5 mg, Parasetamol 500 mg, CTM 2 mg, Kofein 10 mg	NF : Tab	Demacolin Tab	Coronet Crown	-	-
	8	Kombinasi : Pseudo- efedrin 30 mg & Terfenadin 40 mg.	NF : Sir, Tab	Rhinofed Sir 60 mL Rhinofed Tab	PT. Dexa Medica	-	-
	9	Kombinasi : Loratadine 10 mg & Pseudo- ephedrine HCl 120 mg	NF : Kaps SR	Rhinos SR Kaps	PT. Dexa Medica	-	-
	10	Tiap 0,8 ml mengandung : Pseudoephedrine HCl 7.5 mg	NF : Drop	Rhinos Neo Drop 10 ml	PT. Dexa Medica		

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	11	Tiap 5ml mengandung : Pseudoephedrine HCl 15 mg dam CTM 1 mg	NF : Sir	Rhinos Junior Sir 60 ml	PT. Dexa Medica		
	12	Kombinasi : Pseudoefedrin HCl 60 mg, Tripolidine 2,5 mg	NF : Sir, Tab	Tremenza Sir 60 mL	PT. Sanbe Farma	-	-
				Tremenza Tab			
	13	Kombinasi : Isothipendyl HCl 1 mg, Paracetamol 120 mg, Phenylephrine HCl 1 mg	NF : Drop	Nipe Drop 15 mL	PT. Transfarma Medica Indah	-	-
	14	Obat batuk Hitam	NF : Sir	OBH Sir Ika 100 mL	PT. Ikapharmindo Putramas Tbk.	-	-
				OBH Sir Combi Child Strawberry 60 mL	PT. Combiphar	-	-
32.5. OBAT HEMORHEOLOGI							
	1	Pentoksifilin	NF : Inj 20 mg/mL, Tab 400 mg	Tarontal Inj 300 mg/15mL	PT. Bernofarm	-	-
				Tarontal Tab 400 mg			
32.6. PREPARAT FLEBITIS & VARISES							
	1	Citrus Sinensis Extrac	NF : Tab	Ardium Tab 500 mg	PT. Servier Indonesia	-	-
32.7. VASODILATOR PERIFER & AKTIVATOR SEREBRAL							
	1	Isoksuprin HCl	NF : Tab 20 mg	Hystolan Tab 20 mg	PT. Dexa Medica	-	-
			NF : Inj 10 mg/2 mL	Proterin Inj 10mg / 2ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	-	-

DAFTAR OBAT FORMULARIUM RUMAH SAKIT TAHUN 2024

No.Kls Terapi	NO.	NAMA GENERIK	BENTUK, KEKUATAN, & RUTE PEMBERIAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	MANUFAKTUR	PERINGATAN & PERHATIAN (RETRIKSI DALAM FORNAS)	MAKSIMAL PERESEPAN
	2	Co-dergocrine mesylate	NF : Tab 4,5 mg	Ergotika Tab 4,5 mg	PT. Ikapharmindo Putramas Tbk.	-	-
	3	Kalium Permanganat	NF : Serbuk	PK Kristal	PT. Ciubros Farma	-	-
32.8. PRODUK SUPORT NUTRISI							
	1	susu	NF : produk susu (tambahan nutrisi)	Dmensol	PT. Fahrenheit	untuk pasien diabetes melitus	-
Peptimun				PT. Kalbe Farma Tbk.	untuk suport nutrisi terutama pasien imun rendah	-	
Peptisol				PT. Kalbe Farma Tbk.	untuk suport nutrisi pasien yang butuh tinggi protein	-	
32.9. OBAT UNTUK KLINIK OBESITAS							
	1	Kombinasi : Diethylpropion, vit. BC	NF : Tab	Apisate Tab	PT. Sunthi sepuri	-	-
	2	Orlistat	NF : Tab 120 mg	Obeslim Tab 120 mg	PT. LAPI Laboratories	-	-

DAFTAR OBAT TEREGISTRASI HALAL

Update : Desember 2023

No	Nama Produk	Pabrik	No Sertifikat	Berlaku s/d
1	Acarbose Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	15/06/2027
2	Acarbose Tab 50 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	15/06/2027
3	Acetylcistein Inf 200 mg/ml	PT. Yarindo Farmatama	ID00310001317060322	27/10/2026
4	Acyclovir Cr 5% 5 g	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410003009320223	05/11/2027
5	Acyclovir Tab 200 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000228460621	24/03/2026
6	Acyclovir Tab 400 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000228460621	24/03/2026
7	Allopurinol Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
8	Allopurinol Tab 300 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	ID00410000403160422	08/09/2026
9	Alprazolam Tab 0,5 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
10	Alprazolam Tab 1 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
11	Aminofusin L 600 Inf 500 mL	PT. Finusolprima Farma Internasional	ID00410000228330122	10/03/2026
12	Amlodipine Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
13	Amlodipine Tab 5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
14	Ampicillin Inj 1 g	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
15	Antasida Sir 200 mg/5mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	ID00310000202761021	28/10/2025
16	Ardium Tab	PT. Servier Indonesia	ID00310000133010221	13/08/2025
17	Aripiprazole Tab 10 mg ODT	PT. Yarindo Farmatama	ID00310000643820322	27/10/2026
18	Asam Askorbat (Vitamin C) Inj 500 mg/ 5ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000479940222	20/10/2026
19	Asam Askorbat (Vitamin C) Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
20	Asam Askorbat (Vitamin C) Tab 250mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
21	Asam Askorbat (Vitamin C) Tab 50 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
22	Asam Mefenamat Tab 500 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
23	Asam Tranexamat Inj 100 mg /mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
24	Asam Tranexamat Inj 50 mg/mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
25	Asam Valproat Sir 250 mg/5 mL	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	22/12/2026
26	Ataroc Sir 5 mcg/mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410002517870123	13/04/2027
27	Azithromycin Inj 500 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
28	Azithromycin Tab 500 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
29	Betahistine HCl Tab 24 mg	PT. Yarindo Farmatama	ID00310000643820322	27/10/2026

DAFTAR OBAT TEREGISTRASI HALAL

Update : Desember 2023

No	Nama Produk	Pabrik	No Sertifikat	Berlaku s/d
30	Bisoprolol Tab 2,5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	15/06/2027
31	Bisoprolol Tab 5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	15/06/2027
32	Bunascan Spinal Heavy Inj 0,5%	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
33	Bupivakain HCl Inj 0,5 %	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000479940222	20/10/2026
34	Calcium Carbonat (CaCO ₃) Kaps 500 mg	PT. Infion Pharmaceutical	ID35410000150160321	02/03/2027
35	Captopril Tab 12,5 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
36	Captopril Tab 25 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
37	Captopril Tab 50 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
38	Carbazochrome Inj 50 mg/10 mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000479940222	20/10/2026
39	Carmed Krim 10% 40 g	PT. Surya Demato Medica Laboratories	ID00410000088160320	04/06/2025
40	Carmed Krim 20% 40 g	PT. Surya Demato Medica Laboratories	ID00410000088160320	04/06/2025
41	Carvilol Tab 6,25 mg	PT. Darya-Varia Laboratoria	ID00410000210820220	04/02/2026
42	Cefazolin Inj 1 g	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
43	Cefepim Inj 1 g	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
44	Cefixime Kaps 200 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
45	Cefoperazone Sulbactam Inj 1 g	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
46	Cefotaxime inj 1 g	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
47	Cefpirome Inj 1 g	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
48	Ceftazidim Inj 1 g	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
49	Cefuroxime Inj 750 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
50	Celecoxib Kaps 100 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000264031221	03/06/2026
51	Celecoxib Kaps 200 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000264031221	03/06/2026
52	Cendo Fenicol Salep Mata	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	ID00310000258550421	03/06/2026
53	Cetirizine Tab 10 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	ID00410000403160422	08/09/2026
54	Channa Kaps	PT. Mega Medica Pharmaceuticals	ID33110000235691221	01/02/2026
55	Channa Plus Sachet	PT. Mega Medica Pharmaceuticals	ID33110000235691221	01/02/2026
56	Chlorpromazin Inj 50mg/2 ml	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	ID00310000202761021	28/10/2025
57	Cilostazol Tab 100 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
58	Ciprofloxacin Tab 500 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025

DAFTAR OBAT TEREISTRASI HALAL

Update : Desember 2023

No	Nama Produk	Pabrik	No Sertifikat	Berlaku s/d
59	Citicholine Inj 250 mg/2 mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	ID00310000202761021	28/10/2025
60	Citicholine Inj 500 mg/4 mL	PT. Mahakam Beta Farma	ID00410000250460322	16/06/2026
61	Citicholine Tab 1000 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000207940120	30/12/2025
62	Clobazam Tab 10 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
63	Clonidin HCl Tab 0,15 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
64	Clonidin Inj 150 mcg/mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410001313620822	19/01/2027
65	Clopidogrel Tab 75 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
66	Clotaire Tab 90 mg	PT. Fahrenheit	ID00410000236570621	01/12/2026
67	Codein Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410003009320223	05/11/2027
68	Codein Tab 20 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410003009320223	05/11/2027
69	Codikaf Tab 10 mg	PT. Pharmasolindo	ID00410003009320223	11/05/2027
70	Codikaf Tab 20 mg	PT. Pharmasolindo	ID00410003009320223	11/05/2027
71	Comafusin Hepar Inf 500 mL	PT. Finusolprima Farma Internasional	ID00410000228330122	10/03/2026
72	Cotrimoksazol Susp 240 mg/ 5 ml	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	ID00310000202761021	28/10/2025
73	Cotrimoksazol Tab 480 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	ID00310000202761021	28/10/2025
74	Dermatix Ultra Gel	PT. Transfarma Medica Indah	ID00410000798940922	08/12/2026
75	Desloratadine Tab	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
76	Dexamethasone Inj 5 mg/ml	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
77	Dexamethasone Tab 0,5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
78	Dexketoprofen Tab 25 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000479940222	20/10/2026
79	Dextron Tab 250 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410001313620822	19/01/2027
80	Dextrose 40% Inf 25 mL	PT. Otsuka Indonesia	ID00410000104570120	14/09/2025
81	Dimenhidrinat Tab 50 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
82	Diphenhidramin Inj 10 mg/ml	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
83	Donepezil HCl Tab 5 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000264031221	03/06/2026
84	Doripenem Inj 500 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
85	Dutasteride Kaps 0,5 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000264031221	03/06/2026
86	Ebatid Inj 75mg/ 100ml	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
87	Eperisone HCl Tab 50 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	15/06/2027

DAFTAR OBAT TEREGISTRASI HALAL

Update : Desember 2023

No	Nama Produk	Pabrik	No Sertifikat	Berlaku s/d
88	Ephedrine HCl inj	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000604970522	17/11/2026
89	Erdostein Sir 175 mg/5 mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
90	Escitalopram Tab 10 mg	PT. Yarindo Farmatama	ID00310000643820322	27/10/2026
91	Esomeprazol Tab 20 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000264031221	03/06/2026
92	Esomeprazol Tab 40 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000264031221	03/06/2026
93	Etoricoxib Tab 60 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000264031221	03/06/2026
94	Etoricoxib Tab 90 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000264031221	03/06/2026
95	Farbivent Cairan Inhalasi	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
96	Fargoxin Inj 0,5 mg/ 2ml	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
97	Farmabes Inj 5 mg/mL	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
98	Farmasal Tab 100 mg	PT. Fahreinheit	ID00410000236840620	10/03/2026
99	Farpresin Inj 1 mg/mL	PT. Fahreinheit	ID00410000236840620	10/03/2026
100	Fenofibrate Kaps 100 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
101	Fentanyl Inj 0,05 mg/ml	PT. Mahakam Beta Farma	ID00410000250460322	16/06/2026
102	Fluconazole Inj 2 mg/mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
103	Fluoxetine HCl Kaps 20 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
104	Folamil Genio Tab	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
105	Fondaparinux Inj 2,5 mg /0,5mL	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	28/10/2025
106	Fonkopac Inj 100mg	PT. Ferron Par Pharmaceuticals	ID00410000089820221	06/05/2025
107	Fonkopac Inj 30 mg	PT. Ferron Par Pharmaceuticals	ID00410000089820221	06/05/2025
108	Forti-D Caps 1000 mg	PT. Darya Varia Laboratoria	ID00410000254180222	03/06/2026
109	Forti-D Caps 400 mg	PT. Darya Varia Laboratoria	ID00410000254180222	03/06/2026
110	Forti-D Sir	PT. Darya Varia Laboratoria	ID00410000254180222	03/06/2026
111	Fosfomycin Inj 1 g	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
112	Fosfomycin Inj 2 g	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
113	Garena Tab 400 mg	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
114	Gemcitabine Inj 1 g	PT. Etana Biotechnologies Indonesia Tbk.	ID00410000264070522	21/07/2026
115	Gemcitabine Inj 200 mg	PT. Etana Biotechnologies Indonesia Tbk.	ID00410000264070522	21/07/2026
116	Gentamisin Inj 40 mg/ ml	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025

DAFTAR OBAT TEREGISTRASI HALAL

Update : Desember 2023

No	Nama Produk	Pabrik	No Sertifikat	Berlaku s/d
117	Glibenclamide Tab 5 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	02/10/2026
118	Gliclazide Tab 80 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
119	Glimepiride Tab 1 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	ID00410000403160422	08/09/2026
120	Glimepiride Tab 2 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	ID00410000403160422	08/09/2026
121	Glimepiride Tab 3 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	ID00410000403160422	08/09/2026
122	Glimepiride Tab 4 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	02/10/2026
123	Gliquidone Tab 30 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
124	Glucosamin Tab	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	ID00410004677420123	15/06/2027
125	Granisetron Inj 3 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000479940222	20/10/2026
126	Histrine Sir 5 mg/5 mL	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
127	Homatro 2% Tts Mata 5 mL	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	ID00310000258550421	03/06/2026
128	Hyalub 1 mg MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	ID00310000258550421	03/06/2026
129	Hydrochlorothiazide (HCT) Tab 25 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
130	Ibuprofen Sir 100 mg/5 mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
131	Ibuprofen Tab 400 mg	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
132	Inovad Inj	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
133	Inpepsa Susp 500 mg / 5ml	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
134	Inviclot Inj. 5000 UI/ml	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
135	Isivas Tab 10 mg	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
136	Isofluran inhalasi 100 ml	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	ID00410000640770822	24/11/2026
137	Isofluran inhalasi 250 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	ID00410000640770822	24/11/2026
138	Isosorbid Dinitrat Inj 10 mg /10 mL	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
139	Isprinol Sir 250 mg/5 mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410002517870123	13/04/2027
140	Itraconazole Kaps 100 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
141	Kalbamin Inf 10% 500 mL	PT. Finusolprima Farma Internasional	ID00410000228330122	10/03/2026
142	Kalium Diklofenak Tab 50 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000604970522	17/11/2026
143	Kalnex Inj 100 mg/mL	PT. Kalbe Farma Tbk.	ID00410000017960720	17/11/2024
144	Kalsium Laktat Tab 500 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	ID00310000202761021	28/10/2025
145	KCl 7,46% inf 25 ml	PT. Otsuka Indonesia	ID00410000104570120	14/09/2025
146	Ketoconazole Tab 200 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	ID00410000403160422	08/09/2026
147	Ketoprofen Inj 50 mg/mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025

DAFTAR OBAT TEREGISTRASI HALAL

Update : Desember 2023

No	Nama Produk	Pabrik	No Sertifikat	Berlaku s/d
148	Ketoprofen Tab 100 mg	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
149	Ketoprofen Tab 50 mg	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
150	Ketorolac Inj 30mg/mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
151	Ketorolac Tab 10 mg	PT. Phapros Tbk.	ID00410000120550321	07/10/2025
152	Kloderma Cr 10 gr	PT. Surya Dermato Medica Laboratories	ID00410000088160320	04/06/2025
153	Kloderma Oint 0,05% 5 g	PT. Surya Dermato Medica Laboratories	ID00410000088160320	04/06/2025
154	Lactafar Tab	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
155	Lactulose Sir 3.3 G/ 5ML	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	02/11/2023
156	L-Acys Kaps 200 mg	PT. LAPI Laboratories	ID00410000066630121	18/11/2025
157	Lanakeloid Cr 10 mg	PT. Pertiwi Agung (Landson)	ID00410000602200922	10/11/2026
158	Lansoprazole Inj 30 mg	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
159	Lergio Eye Drops 1 mg/ml 5 ml	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
160	Lesichol Kaps 300 mg	PT. Pertiwi Agung (Landson)	ID00410000228171221	07/04/2026
161	Levica inj 5 mg/ml	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
162	Levofloxacin Inf 500 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
163	Levofloxacin Inf 750 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000479940222	20/10/2026
164	Lidocain Inj 2% 2ml	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
165	Lisinopril Tab 10 mg	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
166	Lisinopril Tab 5 mg	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
167	Lonide Tab 40 mg	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
168	Manitol Inf 20% 500 ml	PT. Finusolprima Farma Internasional	ID00410000228330122	10/03/2026
169	Mecobalamin Inj 500 mcg/mL	PT. Infion Pharmaceutical	ID35410000150160321	18/10/2025
170	Meloxicam Tab 15 mg	PT. Mahakam Beta Farma	ID00410000250460322	16/06/2026
171	Meloxicam Tab 7,5 mg	PT. Mahakam Beta Farma	ID00410000250460322	16/06/2026
172	Meropenem serb Inj 0,5 g	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
173	Meropenem serb Inj 1 g	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
174	Mertigo Tab 6 mg	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
175	Metamizole Inj 500mg/mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
176	Metformin Tab 500 mg	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
177	Metformin Tab 850 mg	PT. Dixa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
178	Methylprednisolone Inj 125 mg/ml	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
179	Methylprednisolone Inj 500	PT. Phapros Tbk.	ID00410000120550321	07/10/2025

DAFTAR OBAT TEREGISTRASI HALAL

Update : Desember 2023

No	Nama Produk	Pabrik	No Sertifikat	Berlaku s/d
	mg/ml			
180	Methylprednisolone Tab 4 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	ID00410000403160422	08/09/2026
181	Methysoprinol Sir 250 mg/5 mL	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
182	Methysoprinol Tab 500 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
183	Metilergometrin inj 0,2 mg/ml	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
184	Metoclopramide HCl Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
185	Metronidazol Inf 5 mg/mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	ID00310000202761021	28/10/2025
186	Meylon Inj 8,4% 25 mL	PT. Otsuka Indonesia	ID00410000104570120	14/09/2025
187	MgSO4 Inj 20% 25 mL	PT. Otsuka Indonesia	ID00410000104570120	14/09/2025
188	MgSO4 Inj 40% 25 mL	PT. Otsuka Indonesia	ID00410000104570120	14/09/2025
189	Mikonazol Cr 2% 10 g	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000236871121	18/11/2025
190	Miozidine Tab MR 35 mg	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
191	Misoprostol tab	PT. Mahakam Beta Farma	ID00410000250460322	16/06/2026
192	Mometasone Furoate Cr 0,1%	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
193	Morfikaf SR Tab 15 mg	PT. Pharnasolindo	ID00410003009320223	11/05/2027
194	Morfin Inj 10 mg/mL	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410003009320223	05/11/2027
195	Moxifloxacin Inf 400 mg/250 mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410002517870123	13/04/2027
196	Natacen MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	ID00310000258550421	03/06/2026
197	Natrium Diclofenak Tab 50 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000604970522	17/11/2026
198	Nelandoz Tab 2 mg	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	01/12/2026
199	Neostigmin inj 0,5 mg/ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000604970522	17/11/2026
200	Nicardipine Inj 10 mg/ 10 mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
201	Nifedipine Tab 10 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
202	Nimodipine Inf 10 mg/ 50 mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410002517870123	13/04/2027
203	Nipe Drop 15 mL	PT. Transfarma Medica Indah	ID00410000475771021	20/01/2026
204	Nitrogen	PT. Samator Gas Industri	ID35410000000380120	12/03/2025
205	Nokoba Inj 0,4 mg/ml	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
206	Norepinephrine Inj 4 mg/4 ml	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
207	Notisil Tab 2 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410001313620822	19/01/2027
208	NTG Inj 1 mg/ml	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025

DAFTAR OBAT TEREGISTRASI HALAL

Update : Desember 2023

No	Nama Produk	Pabrik	No Sertifikat	Berlaku s/d
209	OBH Sir Ika 100 mL	PT. Ikapharmindo Putramas Tbk.	ID00410000271570622	26/05/2026
210	Oksigen	PT. Samator Gas Industri	ID35410000000380120	12/03/2025
211	Omeprazole Inj 40 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
212	OMZ Inj 40 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	22/12/2026
213	OMZ Kaps 20 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	22/12/2026
214	Ondansetron Inj 4 mg/ 2mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
215	Ondansetron Inj 8 mg/ 4mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
216	Orinox Tab 60 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
217	Orinox Tab 90 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
218	Otsu - WI	PT. Otsuka Indonesia	ID00410000104570120	14/09/2025
219	Ottogenta Inj 40 mg/ ml	PT. Otto Pharmaceutical Industries	ID00410000180960220	18/11/2025
220	Oxytetracycline Salep Mata 1%	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000236871121	18/11/2025
221	Pantoprazole Tab 20 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000479940222	20/10/2026
222	Paracetamol Drops 100mg/mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
223	Paracetamol Infus 10 mg/ml	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
224	Paracetamol Sir 120 mg/5 mL	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	ID00310000202761021	28/10/2025
225	Paracetamol Tab 500 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	ID00310000202761021	28/10/2025
226	Paratusin Sir 60 ml	PT. Darya-Varia Laboratoria	ID00410000210820220	04/02/2026
227	Paratusin Tab	PT. Darya-Varia Laboratoria	ID00410000210820220	04/02/2026
228	Pehacain Inj	PT. Phapros Tbk.	ID00410000120550321	07/10/2025
229	Peinlos Inj 400 mg /4mL	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
230	Pethidin Inj 50 mg/mL	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410003009320223	05/11/2027
231	Phenobarbital Inj 50 mg/ml	PT. Phapros Tbk.	ID00310000202761021	28/10/2025
232	Phenobarbital Tab 30 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
233	Phenytoin Inj 50 mg/ml	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana	ID00310000202761021	28/10/2025
234	Phytomenadion Inj 10 mg/ml	PT. Phapros Tbk.	ID00410000120550321	07/10/2025
235	Pioglitazone Tab 15 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	22/12/2026
236	Pioglitazone Tab 30 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	22/12/2026
237	Pionix Tab 15 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.	ID00410000017960720	16/12/2025
238	Pionix Tab 30 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.	ID00410000017960720	16/12/2025
239	Piracetam Inj 1 g	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
240	Piracetam Inj 3 g	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
241	Piracetam Tab 1200 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
242	Piracetam Tab 400 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
243	Piracetam Tab 800 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025

DAFTAR OBAT TEREGISTRASI HALAL

Update : Desember 2023

No	Nama Produk	Pabrik	No Sertifikat	Berlaku s/d
244	Piroxicam Kaps 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
245	Piroxicam Kaps 20 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
246	Proferro tab kunyah 325 mg	PT. Fahrenheit	ID00310000403210322	08/09/2026
247	Prolacta for Baby Kaps	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000207940120	17/03/2025
248	Propiltiourasil Tab 100 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	22/12/2026
249	Propofol Inj 1% 20 ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410002517870123	13/04/2027
250	Propranolol Tab 10 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
251	Propranolol Tab 40 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
252	Protofen Supp 100 mg	PT. Pharmasolindo	ID00410000236871121	18/11/2025
253	Provelyn Kaps 75 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.	ID00410001790300822	16/03/2027
254	Raivas Inj 4 mg/ 4 mL	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
255	Ramipril Tab 5 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
256	Ranitidine Inj 50 mg/ 2ml	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
257	Ranitidine Tab 150 mg	PT. Hexpharm Jaya Laboratories	ID00410004677420123	15/06/2027
258	Remopain Inj 30 mg/mL	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
259	Renxamin Inf 200 mL	PT. Finusolprima Farma Internasional	ID00410000228330122	10/03/2026
260	Rhinofed Tab	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
261	Rhinos Junior Sir 60 ml	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
262	Rhinos Neo Drop 10 ml	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
263	Rhinos SR Kaps	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
264	Rifampisin Tab 450 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	15/06/2027
265	Rifampisin Tab 600 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	15/06/2027
266	Rillus Tab	PT. Kalbe Farma Tbk.	ID00410000231340821	14/04/2026
267	Rocuronium Br Inj 50 mg/5 mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
268	Rosuvastatin Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	02/10/2026
269	Rosuvastatin Tab 20 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	02/10/2026
270	Roswin Tab 10 mg	PT. Darya-Varia Laboratoria	ID00410000210820220	04/02/2026
271	Roswin Tab 20 mg	PT. Darya-Varia Laboratoria	ID00410000210820220	04/02/2026
272	Salbutamol Tab 2 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
273	Salbutamol Tab 4 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
274	Spironolactone Tab 100 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
275	Spironolactone Tab 25 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
276	Sucralfate susp 500 mg / 5 ml	PT. Combiphar	ID00310008604810923	14/09/2027

DAFTAR OBAT TEREGISTRASI HALAL

Update : Desember 2023

No	Nama Produk	Pabrik	No Sertifikat	Berlaku s/d
277	Sukralfat Tab 500 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
278	Sulfasalazine Kap 500 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
279	Tamsulosin Tab 0,4 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000264031221	03/06/2026
280	Tarontal Inj 300 mg/15 mL	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
281	Tarontal Tab 400 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
282	Tebokan Spesial Tab 80 mg	PT. Phapros Tbk.	ID00410000261420321	15/11/2025
283	Telmisartan Tab 40 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
284	Telmisartan Tab 80 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
285	Terazosin Tab 1 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	22/12/2026
286	Terazosin Tab 2 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
287	Termisil cream 0,1% 10 g	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
288	Thiampenicol Kaps 500 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
289	Ticagrelor Tab 90 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	13/07/2027
290	Tracetat Sir 40 mg/mL	PT. Fahrenheit	ID00410000236840620	10/03/2026
291	Tramadol Kaps 50 mg	PT. Bernofarm	ID35410000150160321	18/10/2025
292	Tramus 1 % (Inj 50 mg/ 5 ml)	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
293	Triamcinolone IA/IB/ID Inj 10 mg/mL	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000479940222	20/10/2026
294	Tricefin Inj 1 g	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
295	Tride Tab 5000 IU	PT. Dipa Pharmalab Intersains	ID00410000110290820	28/09/2025
296	Trimetazidine Tab	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410000264031221	03/06/2026
297	Tripenem Inj 1 g	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
298	Tutosol Inf 500ml	PT. Finusolprima Farma Internasional	ID00410000228330122	10/03/2026
299	Valsartan Tab 160 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	02/10/2026
300	Valsartan Tab 80 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	02/10/2026
301	Ventasal Nebules 2,5 mg	PT. Mahakam Beta Farma	ID00410000250460322	16/06/2026
302	Vestein Kaps 300 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.	ID00410000605610822	17/11/2026
303	Vildagliptin Tab 50 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
304	Vitamin A Tab 200.000 iu	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000741330322	12/01/2026
305	Vitamin B1 Tab 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
306	Vitamin B1 Tab 50 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
307	Vitamin B12 Tab 50 mcg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025
308	Vitamin B6 Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	22/04/2025

DAFTAR OBAT TEREISTRASI HALAL

Update : Desember 2023

No	Nama Produk	Pabrik	No Sertifikat	Berlaku s/d
309	Vitamin Tab B Complex	PT. Kimia Farma Tbk.	ID00410000183060820	02/10/2026
310	Vivena 9 Inj	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
311	Vometa Drops 5 mg/mL	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	06/05/2025
312	Vomizole Serb Inj 40 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	22/12/2026
313	Vomizole Tab 20 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	22/12/2026
314	Vomizole Tab 40 mg	PT. Dexa Medica	ID00410000089820221	22/12/2026
315	Xitrol Salep Mata 3,5 g	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	ID00310000258550421	03/06/2026
316	Xitrol Tts Mata	PT. Cendo Pharmaceutical Industries	ID00310000258550421	03/06/2026
317	Zegavit Kap	PT. Kalbe Farma Tbk.	ID00410000499490222	27/10/2026
318	Zinc sulfate drops 10 mg/mL	PT. Combiphar	ID00310000289420422	29/07/2026
319	Zincpro Sir	PT. Combiphar	ID00310000289420422	29/07/2026
320	Zitanid Tab 2 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	ID00410001313620822	19/01/2027

FORMULIR PENGAJUAN OBAT MASUK FORMULARIUM
 (DIISI OLEH DOKTER PENGUSUL)

Saya yang bertandatangan dibawah ini mengajukan permohonan Obat baru (untuk masuk formularium) di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang:

1. Nama Dagang : _____
2. Nama generik/Komposisi : _____
3. Bentuk sediaan dan kekuatan : _____
4. Pabrik* : _____
5. Indikasi : _____
6. Alasan Pengusulan : _____
7. Obat ini akan digunakan Untuk Pasien **(Centang di tempat yang tersedia/ salah Satu)**

☐ **Pasien Umum**

☐ **Pasien JKN**

Dengan ini saya menyatakan bersungguh-sungguh akan menggunakan obat ini untuk kepentingan indikasi medis

Mengetahui, Ketua Staf Medik Fungsional (_____)	Semarang, _____ Dokter yang meminta, (_____)
---	--

Catatan: Formulir ini harus **DIISI DENGAN LENGKAP**, dan **DITULIS OLEH DOKTER PENGUSUL SENDIRI** (TIDAK DAPAT DIWAKILKAN). Penulisan yang diwakilkan dan atau tidak lengkap dianggap **TIDAK SAH**. Komite Farmasi dan Terapi **BERHAK MENOLAK**, apabila ketentuan pengajuan obat baru ini tidak sesuai

Catatan : * Tidak wajib diisi

KELENGKAPAN ADMINISTRASI (Diisi Oleh KFT)

Ditulis oleh dr sendiri		
Kelengkapan Pengisian		
Hasil Berkas	(Diterima/Ditolak)	(Diterima/Ditolak)

Penerimaan1

Penerimaan 2

FORMULIR PENGKAJIAN INFORMASI USULAN OBAT
(DIISI OLEH KOMITE FARMASI DAN TERAPI)

Berdasarkan Usulan PENGAJUAN OBATMASUK FORMULARIUM yaitu

1. Dokter Pengusul : _____
2. Obat untuk Jenis Pasien* : UMUM / JKN (*Coret salahsatu)
3. Nama Dagang : _____
4. Nama generik/komposisi : _____
5. Bentuk sediaan dan kekuatan : _____
6. Pabrik/principal : _____
7. Indikasi : _____
8. Memiliki* / Tidak Memiliki * komposisi obat yang sama dengan obat:
 - a. _____
 - b. _____
9. Keterangan tambahan informasi obat :

10. Kelengkapan pengajuan obat baru

LENGKAP	TIDAK LENGKAP

11. Demikian DOKUMEN INFORMASI USULAN OBAT kami lampirkan semoga bermanfaat dalam pengambilan keputusan obat tersebut yang akan dimasukkan dalam membantu pengusulan obat diluar formularium

Semarang,

Ketua Komite Farmasi dan Terapi

Dr. dr. Eko Setiawan, Sp.B

FORMULIR PENGKAJIAN INFORMASI USULAN OBAT ANTIBIOTIK
(DIISI OLEH KOMITE PENGENDALIAN RESISTENSI ANTIBIOTIKA (PRA))

Berdasarkan Usulan PENGAJUAN OBAT ANTIBIOTIK MASUK FORMULARIUM yaitu

1. Dokter Pengusul : _____
2. Obat untuk Jenis Pasien* : UMUM / JKN (*Coret salahsatu)
3. Nama Dagang : _____
4. Nama generik/komposisi : _____
5. Bentuk sediaan dan kekuatan : _____

REKOMENDASI KOMITE PENGENDALIAN RESISTENSI ANTIBIOTIKA (KPRA)

- ☐ Direkomendasikan, dengan alasan _____

- ☐ Tidak direkomendasikan, dengan alasan _____

Semarang,

Ketua KPRA

(dr. Arief Indra Perdana Prasetya, Sp.OT)

FORMULIR REKOMENDASI DAN JAWABAN PENGAJUAN OBAT MASUK FORMULARIUM

Sehubungan dengan adanya usulan permohonan obat baru (masuk formularium) di Rumah Sakit

Islam Sultan Agung Semarang :

1. Nama Dagang : _____
2. Nama generik/komposisi : _____
3. Bentuk sediaan dan kekuatan : _____
4. Pabrik/principal : _____
5. Dokter Pengusul : _____

I. REKOMENDASI KOMITE FARMASI DAN TERAPI (Centang salah satu)

- ☐ Direkomendasikan, dengan alasan _____
- ☐ Tidak direkomendasikan, dengan alasan _____

Dr. dr. Eko Setiawan, Sp.B

II. REKOMENDASI KOMITE SYARIAH (Centang salah satu)

- ☐ Direkomendasikan, dengan alasan _____
- ☐ Tidak direkomendasikan, dengan alasan _____

Burhan Ali Setiawan, SHI,MH

III. JAWABAN PENGAJUAN OBAT MASUK FORMULARIUM (Centang salah satu)

OLEH DIREKTUR PENDIDIKAN DAN PENUNJANG MEDIS

- ☐ Disetujui, dengan alasan _____
- ☐ Tidak Disetujui, dengan alasan _____

Catatan:

dr. Mohamad Arif, Sp. PD

FORMULIR PENGAJUAN PENGHAPUSAN OBAT DARI FORMULARIUM
 (DIISI OLEH DOKTER PENGUSUL)

Saya yang bertandatangan dibawah ini mengajukan permohonan penghapusan Obat dari formularium di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang:

1. Nama Dagang : _____
2. Nama generik/Komposisi : _____
3. Bentuk sediaan dan kekuatan : _____
4. Pabrik* : _____
5. Indikasi : _____
6. Alasan Penghapusan : _____

Mengetahui, Ketua Staf Medik Fungsional (_____)	Semarang, _____ Dokter yang meminta, (_____)
---	--

KEPUTUSAN PENGHAPUSAN OBAT DARI FORMULARIUM (Diisi oleh Komite Farmasi dan Terapi)

- ☐ Disetujui, dengan alasan _____
- ☐ Tidak Disetujui, dengan alasan _____

Catatan:

Semarang,

Dr. dr. Eko Setiawan, Sp.B

FORMULIR PERMINTAAN KHUSUS OBAT NON FORMULARIUM

1. Nama Dagang : _____
2. Nama generik/ Komposisi : _____
3. Bentuk sediaan dan kekuatan : _____
4. Pabrik* : _____
5. Nama Pasien : _____
6. Indikasi : _____
7. Alasan permintaan : _____
8. Jumlah yang diminta : _____

Mengetahui, Ketua Staf Medik Fungsional (_____)	Semarang, _____ Dokter yang meminta, (_____)
---	--

Catatan : Formulir ini harus diisi dengan **lengkap** dan dikirimkankan kepada Ketua Komite Farmasi dan Terapi RSI Sultan Agung Semarang

II. REKOMENDASI KOMITE FARMASI DAN TERAPI _____ _____ Dr. dr. Eko Setiawan, Sp. B
I. PERSETUJUAN PERMINTAAN KHUSUS OBAT NON FORMULARIUM OLEH DIREKTUR PENDIDIKAN DAN PENUNJANG MEDIS Catatan: _____ dr. Mohamad Arif, Sp. PD

FORMULIR MONITORING EFEK SAMPING OBAT

DAFTAR OBAT BARU FORMULARIUM 2024

No.	Nama Obat	Jenis Sediaan Obat	Pabrik	Keterangan
1	Clixid Tab	NF : Tab	PT. Nulab Pharmaceutical Indonesia	
2	Codikaf Tab 10 mg	NF : Tab	PT. Pharmasolindo	Teregistrasi Halal
3	Codikaf Tab 20 mg	NF : Tab	PT. Pharmasolindo	Teregistrasi Halal
4	Colchicine Tab 0.5 mg	F : Tab	PT. LAPI Laboratories	
5	Hepa-Merz Granulate	NF : Powder/granul	PT. Pyridam Farma, Tbk	Teregistrasi Halal
6	Morfikaf Tab SR 15 mg	NF : Tab SR	PT. Pharmasolindo	
7	Norestil Tab 5 mg	NF : Tab	PT. Guardian Pharmatama	
8	Ornispar Inj	NF : Inj	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories	
9	Pentasa Tab 500 mg	NF : Tab	PT. Ferring Pharmaceuticals Industry	
10	Protofen Supp 100 mg	NF : Suppositoria	PT. Pharmasolindo	Teregistrasi Halal
11	Sanprima Sir 240 mg/ 5 ml	NF : Sir	PT. Sanbe Farma	
12	Terazosin Tab 1 mg	F : Tab	PT. Dexa Medica	Teregistrasi Halal
13	Terazosin Tab 2mg	F : Tab	PT. Dexa Medica	Teregistrasi Halal
14	Vildagliptin Tab 50 mg	F : Tab	PT. Dexa Medica	Teregistrasi Halal

DAFTAR OBAT KELUAR DARI FORMULARIUM

No.	Nama Obat	Pabrik
1	Abilify dismelt Tab 10 mg	PT. Otsuka Indonesia
2	Abilify Tab 10 mg	PT. Otsuka Indonesia
3	Acetylcistein Tab Efferfacent 600 mg	PT. Zambon Indonesia
4	Adalat Oros Tab 20 mg	PT. Bayer Indonesia
5	Aerius D-12 Tab	PT. Merck Indonesia Tbk.
6	Afamed Kaps 320 mcg	PT. Futamed
7	Albendazole Susp 200 mg/ 5 mL	PT. Indofarma Tbk.
8	Albendazole Tab 400 mg	PT. Indofarma Tbk.
9	Aldisa SR kapsule 125 mg	PT. Sanbe Farma
10	Alkeran Tab 2 mg	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)
11	Alloris Sir 5 mg/5 ml	PT. Sanbe Farma
12	Alloris Tablet 10 mg	PT. Sanbe Farma
13	Alocclair plus Gel 8 mL	PT. Kalbe Farma Tbk.
14	Aluvia Tab	PT. Abbott Indonesia
15	Amaryl M 2/500	PT. Kalventis Sinergi Farma
16	Amaryl Tab 1 mg	PT. Sanofi Aventis Indonesia
17	Amaryl Tab 2 mg	PT. Sanofi Aventis Indonesia
18	Amaryl Tab 3 mg	PT. Sanofi Aventis Indonesia
19	Amaryl Tab 4 mg	PT. Sanofi Aventis Indonesia
20	Aminoral Tab	PT. Ethica Industri Farmasi
21	Amitiza Kaps	PT. Takeda Indonesia
22	Ampicillin Tab 500 mg	PT. Indofarma Tbk.
23	Anemolat 1 mg	PT. Phapros Tbk.
24	Antalgin Tab 500 mg	PT. Kimia Farma Tbk.
25	Arcalion	PT. Servier Indonesia
26	Asthenof MDS Tts Mata 0,6 mL	PT. Cendo Pharmaceutical Industries
27	Atopicclair Lotion 120 mL	PT. Transfarma Medica Indah
28	Avigan Tab 200 mg	PT. Dexa Medica
29	Bactesyn Injeksi 1500 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
30	Bactesyn Injeksi 750 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
31	Bactoderm Cream 2 % 5 g	PT. Ikapharmindo Putramas Tbk.
32	Barium Sulfate 5 Kg	PT. Bracco
33	BCG Vaccine + pelarut	PT. Bio Farma
34	Becefert Kaps	PT. Phapros Tbk.
35	Benzatin Benzil Penicillin Serbuk Inj 1,2 Juta iu	PT. Phapros Tbk.
36	Benzatin Benzil Penicillin Serbuk Inj 2,4 Juta iu	PT. Phapros Tbk.
37	Betadine Sol 30 mL	PT. Mahakam Beta Farma

DAFTAR OBAT KELUAR DARI FORMULARIUM

No.	Nama Obat	Pabrik
38	Betadine Sol 5 mL	PT. Mahakam Beta Farma
39	Betadine Throat Spray 50 ml	PT. Mundipharma Laboratories
40	Biobran Tab 250 mg	PT. Ferron Par Pharmaceuticals
41	Bisolvon Inj 4 mg/2 mL	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia
42	Bledstop Tab 125 mcg	PT. Caprifarmindo Laboratories
43	Blopress Plus Tab 16 mg/12,5 mg	PT. Takeda Indonesia
44	BNS Spray	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories
45	Brainact Inj 500 mg/4 mL	PT. Kalbe Farma Tbk.
46	Brainact Tab 500 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
47	Bralifex Tts Mata 0,3% 5 mL	PT. Sanbe Farma
48	Braxidin Tab	PT. Sanbe Farma
49	Brexel Inj 20 mg/ 0,5 ml	PT. Kalbe Farma Tbk.
50	Brexel Inj 80 mg/2 ml	PT. Kalbe Farma Tbk.
51	Bricasma Respules 2.5 mg/ml	PT. AstraZeneca Indonesia
52	Bricasma Turbuhaler 0.5 mg/ Dose	PT. AstraZeneca Indonesia
53	Bridion Inj 100 mg/ml	PT. Merck Sharp Dohme Pharma Tbk.
54	Brilinta Tablet 90 mg	PT. AstraZeneca Indonesia
55	Bupivakain HCl Inj 0,5%	PT. Bernofarm
56	Bupivakain Spinal Heavy Inj 0,5 %	PT. Dexa Medica
57	Burnazin Plus	PT. Darya Varia Laboratoria
58	Buscopan Plus Tab	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia
59	Cardismo Tab 20 mg	PT. Phapros Tbk.
60	Carmed Lotion 100 mL	PT. Surya Demato Medica Laboratories
61	Catapress Inj 150 mcg/mL	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia
62	Cedocard Inj 10 mg/ 10 mL	PT. Darya Varia Laboratoria
63	Cefazol Injeksi 1 g	PT. Kalbe Farma Tbk.
64	Cefim inj 1 g	PT. LAPI Laboratories
65	Ceftizoxime Inj 1 g	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories
66	Cefuroxime Tab sal selaput 500 mg	PT. Dexa Medica
67	Cellcept Tab 500 mg	PT. Roche Indonesia
68	Cendo Floxa MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries
69	Cendo Giflox MDS 0,6 ml	PT. Cendo Pharmaceutical Industries
70	Cendo Midriatyl Tts Mata 1%	PT. Cendo Pharmaceutical Industries
71	Cera dan Advanced Cream	PT. hypens
72	Chloroquin Tab 150 mg	PT. Kimia Farma Tbk.
73	Ciprodiol 2 mg	PT. Fahrenheit
74	Clast Tab 0,5 mg	PT. Meiji Indonesia

DAFTAR OBAT KELUAR DARI FORMULARIUM

No.	Nama Obat	Pabrik
75	Clofecon SR 100 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories
76	Cohistan Sir 60 mL	PT. Medifarma
77	Corsel	PT. Fahrenheit
78	Cortidex Inj 5 mg/ml	PT. Sanbe Farma
79	Cortidex Tab	PT. Sanbe Farma
80	CoSirel 5/10mg	PT. Servier Indonesia
81	Counterpain Cr 30 g	PT. Taisho Pharmaceutical Indonesia Tbk.
82	Covifor Inf	PT. Kalbe Farma Tbk.
83	Cripsa Tab 25 mg	PT. Sanbe Farma
84	Curcuma Force Tab	PT. Soho Industri Pharmasi
85	Curcuma Tab	PT. Soho Industri Pharmasi
86	Cyclo-Progynova Tab	PT. Bayer Indonesia
87	Cytarabine Inj 1 g	PT. Hospira
88	Cytotec Tab	PT. Pfizer Indonesia
89	Deferipron Tab 500 mg	PT. Dexa Medica
90	Depo Medrol Inj 40 mg/ ml	PT. Pfizer Indonesia
91	Dexaflox Tab 400 mg	PT. Dexa Medica
92	Dextamin Sir 60 ml	PT. Phapros Tbk.
93	Dietilkarbamazin Tab Salut 100 mg	PT. Kimia Farma Tbk.
94	Diflucan cap 150	PT. Pfizer Indonesia
95	Diflucan iv 100 mL	PT. Pfizer Indonesia
96	Diquas Tetes Mata	PT. Meiji Indonesia
97	Disudrin drop	PT. Darya Varia Laboratoria
98	Dolones Cream 5 G	PT. Sanbe Farma
99	Dramamine Tab 50 mg	PT. Taisho Pharmaceutical Indonesia Tbk.
100	Drospinyl Tab	PT. Kalbe Farma Tbk.
101	Duloxetine Tab 60 mg	-
102	Ecron Inj 4 mg	PT. Pharos Tbk.
103	Effient 3,75 mg	PT. Tanabe Pharma Indonesia
104	Effient 5 mg	PT. Tanabe Pharma Indonesia
105	Elocon Cream 5 g	PT. Bayer Indonesia
106	Elocon Salep 10 g	PT. Bayer Indonesia
107	Emineton Tab	PT. Kalbe Farma Tbk.
108	Endoxan Inj 1 g	PT. Menarini Indria Laboratories
109	Endoxan Inj 200 mg	PT. Menarini Indria Laboratories
110	Endoxan Inj 500 mg	PT. Menarini Indria Laboratories
111	Ensure	PT. Abbott Indonesia

DAFTAR OBAT KELUAR DARI FORMULARIUM

No.	Nama Obat	Pabrik
112	Entrakid	PT. Kalbe Farma Tbk.
113	Epodion 3000iu	PT. Daewoong Infion
114	Erysanbe Sir Kering 200 mg/5 ml	PT. Sanbe Farma
115	Erytromycin Tab 250 mg	PT. Indofarma Tbk.
116	Escovit Tab	PT. Escolab
117	Esola 20 mg Tab	PT. LAPI Laboratories
118	Esola 40 mg Inj	PT. LAPI Laboratories
119	Esola 40 mg Tab	PT. LAPI Laboratories
120	Etopul Inj 20 mg/ml	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories
121	Eturok Kaps 400 IU	PT. Dipa Pharmed Intersains
122	Eugenol Tab	-
123	Exforge Tab 10/160	PT. Novartis Indonesia
124	Exforge Tab 5/160	PT. Novartis Indonesia
125	Farelax Inj 10 mg/mL	PT. Fahrenheit
126	Fastor tab 20 mg	PT. LAPI Laboratories
127	Ferriprox Tab 500 mg	PT. Quamed
128	Fetavita Tab	PT. Escolab
129	Fibrion Inj 1.500.000 iu	PT. Dexa Medica
130	Flagyl Tab 500mg	PT. Sanofi Aventis Indonesia
131	Flamicort 40 mg/ml IM	PT. Dexa Medica
132	Flamicort IA/IB/ID Inj 10 mg/mL	PT. Dexa Medica
133	Folac	PT. Otto Pharmaceutical Industries
134	Folamil Genio Tab	PT. Dexa Medica
135	Forotic Tetes Telinga 3%	PT. Kalbe Farma Tbk.
136	Frego Tab 10 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
137	Frego Tab 5 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
138	Futrolit Infusan 500 mL	PT. Sanbe Farma
139	Gaforin tts mata 5 ml	PT. Sanbe Farma
140	Galvus Met 50/ 500	PT. Novartis Indonesia
141	Gamaraas Inj 50 mg/mL	PT. Combiphar
142	Garena Inf 400 mg	PT. Fahrenheit
143	Gemcikal Inj 1 g	PT. Kalbe Farma Tbk.
144	Gemcikal Inj 200 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
145	Geriavita Tab	PT. Phapros Tbk.
146	Glaucon Tab	PT. Cendo Pharmaceutical Industries
147	Gliceryl Trinitate Inj 50 mg/10 mL	PT. Tempo Scan Pacific Tbk.
148	Glucophage Tab 500 mg	PT. Merck Indonesia Tbk.

DAFTAR OBAT KELUAR DARI FORMULARIUM

No.	Nama Obat	Pabrik
149	Glutiven Inf	PT. Dexa Medica
150	Granon Inj 1 mg	PT. Dexa Medica
151	Granon Inj 3 mg	PT. Dexa Medica
152	Harnal D Tab 0,2 mg	PT. Astellas Pharma Indonesia
153	Hemapo Inj 3000 IU /ml	PT. Finusolprima Farma Internasional
154	Hepa Merz Inj 5 mg/10 mL	PT. Pyridam Farma, Tbk
155	Hepatosol	PT. Kalbe Farma Tbk.
156	Hepatosol Lola	PT. Kalbe Farma Tbk.
157	Herbalacta Tab	PT. Combiphar
158	Herocyn Talk 75 g	PT. Coronet Crown
159	Histapan Tab 10 mg	PT. Sanbe Farma
160	Histrine Sir 5 mg/5 mL	PT. Ferron Par Pharmaceuticals
161	Homoclomin Tab 10 mg	PT. Eisai Indonesia
162	Hyajoint plus Siringe	PT. Kalbe Farma Tbk.
163	Hyson - Injeksi	PT. LAPI Laboratories
164	Hytroz 1 mg	PT. Dexa Medica
165	Hytroz 2 mg	PT. Dexa Medica
166	Icunes Inj	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories
167	Ikervis ed	PT. Meiji Indonesia
168	Ilevro Tts Mata 0,3%	PT. Novartis Indonesia
169	Im Boost Force Tab	PT. Soho Global Health
170	Im Boost Kids Sir 60 mL	PT. Soho Global Health
171	Inotrop	PT. Fahrenheit
172	Integrillin	PT. Merck Indonesia Tbk.
173	Interdixin Kaps 50 mg	PT. Interbat
174	Iressa Tab 250 mg	PT. AstraZeneca Indonesia
175	Irvell Tab 150 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories
176	Irvell Tab 300 mg	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories
177	Isoptin SR 240 mg	PT. Abbott Indonesia
178	Isotic Adretor tetes Mata 0,25%	PT. Fahrenheit
179	Isotic Adretor Tetes Mata 0,5%	PT. Fahrenheit
180	Jurnista Tab 16 mg	PT. Kimia Farma Tbk.
181	Jurnista Tab 8 mg	PT. Kimia Farma Tbk.
182	KA EN MG 3 Inf 500 mL	PT. Otsuka Indonesia
183	Kalmeco Inj 500 mcg/mL	PT. Kalbe Farma Tbk.
184	Kalnex Tab 500 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
185	Kalsirox Tab 250 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.

DAFTAR OBAT KELUAR DARI FORMULARIUM

No.	Nama Obat	Pabrik
186	Kaltrofen Gel 30 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
187	Kaltrofen Supp 100 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
188	Kalxetin Kaps 10 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
189	Kalxetin Kaps 20 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
190	Ketos	PT. LAPI Laboratories
191	Kombiglyze XR Tab 5 mg/ 500 mg	PT. AstraZeneca Indonesia
192	Lamiros Tab	PT. Pharos Tbk.
193	Lapicef 500 mg	PT. LAPI Laboratories
194	Lasal expectoran Tab 2 mg	PT. LAPI Laboratories
195	Leucovorin Inj 50 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
196	Levopront Sir 60 mg/5 mL	PT. Combiphar
197	Lidodex 5% Inj 100 mg / 2ml	PT. Bernofarm
198	Lipanthyl Kaps 100 mg	PT. Abbott Indonesia
199	Lipanthyl Penta Tab 145 mg	PT. Abbott Indonesia
200	Lipanthyl Supra Tab 160 mg	PT. Abbott Indonesia
201	Liver Prime Kaps	PT. Darya Varia Laboratoria
202	Lixiana Tab 30 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
203	Lixiana Tab 60 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
204	Lutenyl Kaps 5 mg	PT. Merck Indonesia Tbk.
205	Maxilan Inj	PT. Pertiwi Agung (Landson)
206	Measles Rubella Vaccine + pelarut	PT. Bio Farma
207	Mercotin Drop 10 mg/mL	PT. Eisai Indonesia
208	Metaneuron	PT. Phapros Tbk.
209	Micardis 40 mg	PT. Zuellig Pharma
210	Micardis 80 mg	PT. Zuellig Pharma
211	Microgest 100 mg	PT. LAPI Laboratories
212	Mierin Tab	PT. Fahrenheit
213	MST Continus 15 mg	PT. Mahakam Beta Farma
214	Myco Z oint 10 g	PT. Taisho Pharmaceutical Indonesia Tbk.
215	Mycorine Powder 2% 25 g	PT. Galenium Pharmasia Laboratories
216	Myfortic tab 180 mg	PT. Novartis Indonesia
217	Myfortic tab 360 mg	PT. Novartis Indonesia
218	Naloxone HCl Dihydrate Injeksi 0.5 mg/ml	PT. Ethica Industri Farmasi
219	Nasacort AQ Nasal Spray 55 mcg/puff	PT. Sanofi Aventis Indonesia
220	Nasonex Nasal Spray	PT. Merck Indonesia Tbk.
221	Nateran Tab 25 mg	PT. Fahrenheit
222	Navelbine Injeksi 10 mg	PT. Transfarma Medica Indah

DAFTAR OBAT KELUAR DARI FORMULARIUM

No.	Nama Obat	Pabrik
223	Nebacetin Oint 5 g	PT. Pharos Tbk.
224	Neo Diaform Tab	PT. Corsa Industri Pharmacy
225	Nephrisol	PT. Kalbe Farma Tbk.
226	Nephrisol D	PT. Kalbe Farma Tbk.
227	Neurosanbe Plus Tab	PT. Sanbe Farma
228	Nevanac Tts Mata 0,1%	PT. Alcon Pharmaceutical
229	Nimotop Inf 0,2 mg/mL	PT. Bayer Indonesia
230	Nipe Drop 15 mL	PT. Transfarma Medica Indah
231	Nipe Sir 100 ml	PT. Transfarma Medica Indah
232	Norages Inj 500 mg/mL	PT. Meprofarm Pharmaceutical Industries
233	Novellmycin 1 g	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories
234	Novellmycin Inj 2 g	PT. Novell Pharmaceutical Laboratories
235	Nystatin Tab 500.000 IU/ g	PT. Phapros Tbk.
236	OBH Sir Nelco 100 mL	PT. Combiphar
237	Obucort Swinghaler 200 mcg/puff	PT. Otsuka Indonesia
238	Octalbin 5% 250 mL	PT. Kalbe Farma Tbk.
239	Octide Inj 0,1 mg/mL	PT. Fahrenheit
240	Ofloksasin Tab 200 mg	PT. Indofarma Tbk.
241	Ofloksasin Tab 400 mg	PT. Indofarma Tbk.
242	Onzapin Tab 10 mg	PT. Actavis Indonesia
243	Optalvit Sir	PT. Phapros Tbk.
244	Optiflox Tetes Mata 0,5%	PT. Erela
245	Optimax Premio Kaps	PT. Ferron Par Pharmaceuticals
246	Optimax Sir 100 mL	PT. Ferron Par Pharmaceuticals
247	Oxyneo Tab 10 mg	PT. Kimia Farma Tbk.
248	Oxyneo Tab 15 mg	PT. Kimia Farma Tbk.
249	Oxyneo Tab 20 mg	PT. Kimia Farma Tbk.
250	Oxynorm Inj 10 mg/ml	PT. Kimia Farma Tbk.
251	Ozempic	PT. Novo Nordisk
252	Paxus inj 100 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
253	Paxus inj 30 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
254	Pediacomplit	PT. Abbott Indonesia
255	Pedilax	PT. Kalbe Farma Tbk.
256	Penicilline Procaine Meiji 3 juta IU	PT. Meiji Indonesia
257	Peptamen	PT. Nestle Indonesia
258	Peptibren	PT. Kalbe Farma Tbk.

DAFTAR OBAT KELUAR DARI FORMULARIUM

No.	Nama Obat	Pabrik
259	PGB 50 mg	PT. Ferron Par Pharmaceuticals
260	Prasugrel Tab 10 mg	PT. Fahrenheit
261	Premaston Tab 5 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
262	Primaquin tab 15 mg	PT. Kimia Farma Tbk.
263	Primet tab 25 mg	PT. Kimia Farma Tbk.
264	Primperan Sir 5 mg/mL	PT. Soho Industri Pharmasi
265	Privigen 2,5 g	PT. Dexa Medica
266	Privigen 5 g	PT. Dexa Medica
267	Prohiper Tab 10 mg	PT. Mersifarma Tirmaku Mercusana
268	Promedex	PT. Interbat
269	Prosogan FD Tab 30 mg	PT. Takeda Indonesia
270	Prostigmin Inj 0,5 mg/mL	PT. Transfarma Medica Indah
271	Prove Z	PT. Kalbe Farma Tbk.
272	Provera Tab 10 mg	PT. Pfizer Indonesia
273	Provera Tab 100 mg	PT. Pfizer Indonesia
274	Pulmicort 0.25 mg	PT. AstraZeneca Indonesia
275	Rantin Inj 50 mg/ 2 ml	PT. Kalbe Farma Tbk.
276	Recofol Inj 200 mg/20 mL	PT. Dexa Medica
277	Recolfar Tab 500 mcg	PT. Fahrenheit
278	Regumen Tab 5 mg	PT. Caprifarmindo Laboratories
279	Remdesivir Inf	PT. Kimia Farma Tbk.
280	Reprostom Tab 5 mg	PT. Fahrenheit
281	Resfar Inf 200 mg/ml	PT. Fahrenheit
282	Respiflo 325 mL	PT. EMP
283	Retivit Plus Kap	PT. Sanbe Farma
284	Rituxical Inj 100 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
285	Rituxical Inj 500 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
286	Sagestam Cream 15 g	PT. Sanbe Farma
287	Salep 2-4 30 g	PT. Ikapharmindo Putramas Tbk.
288	Salofalk 500 mg	PT. Darya Varia Laboratoria
289	Sandostatin inj 20 mg	PT. Novartis Indonesia
290	Sandostatin Inj 30 mg	PT. Novartis Indonesia
291	Sanmag Tab	PT. Sanbe Farma
292	Sanoskin Oxy Gel	PT. Interbat
293	Scabicore Cr 5% 30 g	PT. Genero Pharmaceutical
294	Seloxy AA Tab	PT. Ferron Par Pharmaceuticals
295	Seroquel XR Tab 200 mg	PT. AstraZeneca Indonesia

DAFTAR OBAT KELUAR DARI FORMULARIUM

No.	Nama Obat	Pabrik
296	Sharox tablet	PT. Fahrenheit
297	Sifrol ER tab 0,375 mg	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia
298	Siloxan MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries
299	Similac HMF Sachet	PT. Abbott Indonesia
300	Sincronik Kaplet 37,5 mg/325mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
301	Soluvit N Inj	PT. Fresenius Kabi Indonesia
302	Sonide	PT. Fahrenheit
303	Sulcolon Kaplet 500 mg	PT. Bernofarm
304	Tafnat 25 mg	PT. Soho Global Health
305	Tantum Verde Obat Kumur 60 ml	PT. Soho Industri Pharmasi
306	Tantum Lozenges Tab 3 mg	PT. Soho Industri Pharmasi
307	Tebokan F Tab 120 mg	PT. Phapros Tbk.
308	Telfast OD Tab 120 mg	PT. Sanofi Aventis Indonesia
309	Tensilo Inj 10 mg/ 10 mL	PT. Fahrenheit
310	Terramycin Salep Mata 1% 3,5 g	PT. Pfizer Indonesia
311	Thyrozol Tab 5 mg	PT. Merck Indonesia Tbk.
312	Topcort Cream 2,5 mg/g	PT. Sanbe Farma
313	Toplexil Sir 60 mL	PT. Sanofi Aventis Indonesia
314	Totilac Inf	PT. Kalbe Farma Tbk.
315	Tradosik Kaps 50 mg	PT. Sanbe Farma
316	Trajenta Duo Tab 2.5mg/500mg	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia
317	Transpulmin Sir 60 ML	PT. Transfarma Medica Indah
318	Travatan tetes mata 0,004%	PT. Alcon Pharmaceutical
319	Triaminic Batuk Pilek Sir 60 mL	PT. Sterling Products Indonesia
320	Triminic Pilek Sir 60 mL	PT. Novartis Indonesia
321	Tripenem Inj 1.000 mg	PT. Dexa Medica
322	Tripenem Inj 500 mg	PT. Dexa Medica
323	Tutofusin OPS Infusan 500 mL	PT. Kalbe Farma Tbk.
324	Twynsta Tab 80/5	PT. Boehringer Ingelheim Indonesia
325	Urdafalk	PT. Darya Varia Laboratoria
326	Urief	PT. Eisai Indonesia
327	Urogetix Tab 100 mg	PT. Ifars Pharmaceutical Laboratories
328	Vaksin Cervarix 0,5 mL	PT. Glaxo Wellcome Indonesia (GSK)
329	Vaksin Euvax B 10 mcg	PT. Sanofi Aventis Indonesia
330	Vaksin Euvax B Inj 20 mcg	PT. Sanofi Aventis Indonesia
331	Valisanbe Tab 5 mg	PT. Sanbe Farma
332	Valvir Tab 500 mg	PT. Soho Industri Pharmasi

DAFTAR OBAT KELUAR DARI FORMULARIUM

No.	Nama Obat	Pabrik
333	Vancep Serb Inj 500 mg	PT. Fahrenheit
334	Venosmil Kaps 200 mg	PT. Kalbe Farma Tbk.
335	Verapamil Tab 80 mg	PT. Kimia Farma Tbk.
336	Vernacel MDS	PT. Cendo Pharmaceutical Industries
337	Vfend Tab 200 mg	PT. Pfizer Indonesia
338	Victoza 6 mg/ml	PT. Novo Nordisk
339	Vigamox Tts Mata 0,5 %	PT. Novartis Indonesia
340	Zithromax Inj 500 mg	PT. Pfizer Indonesia
341	Zolmia	PT. Fahrenheit

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Abilify Tab 5 mg	161
Acarbose Tab 100 mg	112
Acarbose Tab 50 mg	112
Acetosal Tab 100 mg	131
Acetylcistein Inf 200 mg/ml	183
Acetylcistein Kaps 200 mg	182
Acyclovir Cr 5%	45
Acyclovir Tab 200 mg	45
Acyclovir Tab 400 mg	45
Adalat Oros Tab 30 mg	129
Aerius Tab 5 mg	205
Akilen Tts Telinga 3 mg/5 ml	192
Albothyl konsentrate 5 ml	204
Albumin Biotest 20% 50 ml	102
Albuminar 25% 100 ml	102
Alinamin F Tab	195
Alkohol 70%	107
Alkohol 96%	107
Alletrol Salep Mata 3,5 g	152
Allopurinol Tab 100 mg	8
Allopurinol Tab 300 mg	8
Aloclair plus Oral Rinse 60 mL	145
Alpentin Kaps 100 mg	9
Alpentin Kaps 300 mg	9
Alprazolam Tab 0,5 mg	159
Alprazolam Tab 1 mg	159
Ambroxol Sir 15 mg/5ml	185
Ambroxol Tab 30 mg	185
Amikasin Inj 500 mg/2 ml	27, 36
Aminofusin Hepar Inf 500 mL	147
Aminofusin L 600 Inf 500 mL	147
Aminofusin PAED Inf 500 mL	147
Aminophylline Inj 240mg/ 10 mL	175
Amiodaron HCl Inj 50 mg/ml	125
Amitriptilline Tab 25 mg	8, 159
Amlodipine Tab 10 mg	124, 126
Asam Tranexamat Inj 50 mg/mL	93
Asam Tranexamat Tab 500 mg	93

Nama obat	Halaman
Asam Valproat Sir 250 mg/5 mL	17, 57, 165
Asam Valproat Tab 250 mg	17, 57, 164
Asering Inf 500 mL	148
Aspar K Tab 300 mg	146
Asthenof Tts Mata 5 mL	157
Asthin Force Tab	201
Ataroc Sir 5 mcg/mL	179
Atorvastatin Tab 10 mg	138
Atorvastatin Tab 20 mg	138
Atorvastatin Tab 40 mg	139
Atracurium Besilate Inj 25 mg/2,5 ml	165
Atropine Sulfas Inj 0,25 mg/mL	11, 14, 172
Augentonic Tts Mata 15 mL	154
Azithromycin Inj 500 mg	26
Azithromycin Tab 500 mg	26, 36
Azopt Tts Mata 1% 5 mL	155
Baby Cough Sir 60 mL	186
Bactesyn Tab 375 mg	21
Bamgetol Tab 200 mg	9, 16
Baquinor F Tab 500 mg	28
Becom Zet Tab	198
Berotec MDI 100 mcg/Dose	176
Berotec Solution 0,1% 50mL	176
Besanmag Tab	169
Betadine Gargle Sol 100 mL	109
Betadine Oint 5 g	109
Betadine Sol 15 mL	109
Betahistine HCl Tab 24 mg	58
Betahistine Mesilate Tab 6 mg	58
Betametason Cr 0,05% 10 g	143
Betametason Cr 0,1%	143
Betason-N Cr 5 g	143
Bevagen Inj 100 mg	78
Bic Na Kaps 500 mg	14, 146
Bicastra Tab 50 mg	81
Bio ATP Tab	125
Bionect Gauze Pads 10 x 11	145
Bioplacenton Gel 15 g	142

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Bioprexum plus Tab	129
Bioprexum Tab 5 mg	129
Biosat Inj 1500 ui	188
Biosave Inj 5 mL	189
Biothicol Kaps 500 mg	25
Biothicol Sir 125 mg/5 mL	25
Bisacodyl Tab 5 mg	173
Bisolvon Elik sir 4 mg/5 ml	185
Bisolvon Sol 10 mg/5 ml	185
Bisoprolol Tab 2,5 mg	127, 135
Bisoprolol Tab 5 mg	127, 135
Bivalent oral poliomyelitis vaccine	190
Bleocin Serbuk Inj 15 mg/mL	65
Borax Glycerin 10% Gom 8 mL	192
Bralifex Plus Tts Mata 5 mL	151
Budesma 0,25 mg	176, 183
Bufect Sir 100 mg/5 mL	4
Bufect Sir F 200mg/5 mL	4
Bunascan Spinal Heavy Inj 0,5%	9
Bupivakain HCl Inj 0,5 %	9
Bupivakain Spinal Heavy Inj	9
Burnazin Cr 35 g	142
Buscopan Inj 20 mg/ml	172
Buscopan Tab 10 mg	172
Ca Folinat Inj 10 mg/ml	89
Ca Gluconas Inj 100 mg/ml	14, 193
Cal 95 Tab	197
Cal-95 Kids Sir	197
Calcitriol Kaps 0,25 mcg	193
CaCO ₃ Kaps 500 mg	193
Candesartan Tab 16 mg	128, 136
Candesartan Tab 8 mg	128, 136
Captopril Tab 12,5 mg	128, 136
Captopril Tab 25 mg	128, 136
Captopril Tab 50 mg	128, 137
Carbamazepine Tab 200 mg	9, 15
Carbazochrome Inj 50 mg/10 mL	204
Carboplatin Inj 150 mg/15 ml	76

Nama obat	Halaman
Carboplatin Inj 450 mg/45 mL	76
Carmed Krim 10% 40 g	145
Carmed Krim 20% 40 g	145
Carpine tts Mata 1 % 5 mL	155
Carpine tts Mata 2 % 5 mL	156
Carvedilol Tab 25 mg	131, 136
Carvedilol Tab 6,25 mg	131, 136
Carvilol Tab 6,25 mg	131, 136
Cataflam Tab 25 mg	8
Cataflam Tab 50 mg	8
Catarlent Tts Mata 15 mL	157
Cavicur Tab	196
Cedocard Tab 5 mg	124, 136
Cefadroxil Drop	21
Cefadroxil Kaps 500 mg	21
Cefadroxil Sir 125 mg/5ml	21
Cefadroxil Sir F 250 mg/5 ml	21
Cefat Kaps 500 mg	21
Cefat Sir 125 mg/5mL	21
Cefat Sir F 250 mg/5 ml	21
Cefazolin Inj 1 g	22
Cefepim Inj 1 g	22
Cefila Kaps 100 mg	22
Cefila Kaps 200 mg	22
Cefila Sir 100 mg/5 ml	22
Cefixime Kaps 100 mg	22
Cefixime Kaps 200 mg	22
Cefixime Sir 100 mg/5 mL	22
Cefoperazone inj 1 g	22
Cefoperazone Sulbactam Inj 1 g	21
Cefotaxime inj 1 g	23
Cefpirome Inj 1 g	23
Cefratam Inj 1 g	21
Ceftazidim Inj 1 g	23
Ceftriaxone Inj 1 g	23
Cefuroxime Inj 750 mg	23
Celecoxib Kaps 100 mg	6
Celecoxib Kaps 200 mg	7

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Cenfresh MDS	156
Cerecol Sir 500 mg/5 mL	204
Cernevit Inj	199
Cetirizine Drops 10 mg/ml	13
Cetirizine Sir 5 mg/5 mL	13
Cetirizine Tab 10 mg	13
Channa Kaps	201
Channa Plus Sachet	201
Chloramphenicol Kaps 250 mg	24
Chloramphenicol salep mata 1%	150
Chloramphenicol Sir 125 mg/ 5 ml	24
Chloramphenicol Tetes Mata 5 %	150
Chlorpromazin Inj 50mg/2 ml	162, 170
Chlorpromazin Tab 100 mg	162, 170
Cilostazol Tab 100 mg	133
Cimetidin Tab 200 mg	169
Ciprofloxacin Inf 200 mg/100 mL	28
Ciprofloxacin Tab 500 mg	28
Cisplatin Serbuk Inj 10 mg	77
Cisplatin Serbuk Inj 50 mg	78
Citicholine Inj 250 mg/2 mL	204
Citicholine Inj 500 mg/4 mL	204
Citicholine Tab 1000 mg	204
Citicholine Tab 500 mg	204
Claneksi Sir 125 mg/5mL	20
Claneksi Sir F 250 mg /5mL	20
Clarithromycin Tab 500 mg	26, 34
Clarolid Kaps 500 mg	27
Clindamycin Kaps 150 mg	28
Clindamycin Kaps 300 mg	28
Clinoleic Inf	148
Clixid Tab	172
Clobazam Tab 10 mg	159
Clobetazol Propionate Cr 10 g	143
Clobetazol Propionate Oint 10 g	143
Clonazepam Tab 2 mg	16
Clonidin HCl Tab 0,15 mg	128
Clonidin Inj 150 mcg/mL	128

Nama obat	Halaman
Clopidogrel Tab 75 mg	132
Clotaire Tab 90 mg	134
Clozapin Tab 100 mg	162
Clozapin Tab 25 mg	162
Co-Amoxiclav Sir 125mg/5ml	20
Co-Amoxiclav Tab 625 mg	20
Codein Tab 10 mg	1, 181
Codein Tab 20 mg	1, 181
Codikaf Tab 10 mg	1, 181
Codikaf Tab 20 mg	1, 181
Codipront Cum Expectorant Kaps	182
Codipront Cum Expect. Sir 100 mL	182
Codipront Kaps	182
Codipront Sir 100 mL	182
Coditam Tab	1
Colchicine Tab 0,5 mg	8
Colchicine Tab 0,5 mg	8
Colsancetin Inj 1 g	25
Comafusin Hepar Inf 500 mL	147
Combantrin Sir 125 mg/5 ml	18
Combantrin Tab 250 mg	18
Combivent 2,5 mL	177, 184
Concor Tab 1,25 mg	127, 135
Concor Tab 10 mg	127, 135
Concor Tab 2,5 mg	127, 135
Concor Tab 5 mg	127, 135
Conver MDS	157
Coralan Tab 5 mg	124, 136
Cotrimoksazol Susp 240 mg/ 5 ml	26
Cotrimoksazol Tab 480 mg	25
Cotrimoksazol Tab 960 mg	25
Counterpain Cr 15 g	145
Coveram Tab 10/10	124, 127, 130
CPG Tab 75 mg	132
Cravox Inf 5 mg/mL	27
Cravox Tab 500 mg	27
CTM Tab 4 mg	12
Cyclophosphamide Inj 1 g	59

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Cyclophosphamide Inj 200 mg	59
Cygest Supp 200 mg	119
Cygest Supp 400 mg	119
Cystone Tab	200
D5 + 1/2 NS Inf 500 mL	148
D5 + 1/4 NS Inf 500 mL	148
D5 + NS 0,9% Inf 500 mL	148
Dacarbazine Medac Inj 200 mg	59
Daryant-Tulle	142
Dehidralite 200 mL	146, 172
Demacolin Tab	206
Depakote Tab 250 mg	17, 57, 165
Depakote Tab ER 250 mg	17, 57, 164
Depakote Tab ER 500 mg	17, 57, 164
Dermatix Ultra Gel	145
Desloratadine Tab	205
Desoksimetason Cr 0,25% 15 g	143
Dexamethasone Inj 5 mg/ml	12, 89, 122, 170
Dexamethasone Tab 0,5 mg	12, 89, 121, 170
Dexketoprofen Inj 50 mg/ 2 mL	7
Dexketoprofen Tab 25 mg	7
Dextamin Tab	12
Dextron Tab 250 mg	96
Dextrose 10% Inf 500 mL	148
Dextrose 40% Inf 25 mL	148
Dextrose 5% Inf 100 mL	148
Dextrose 5% Inf 500 mL	148
Diazepam Inj 5 mg/mL	11, 14, 159
Diazepam Tab 2 mg	15, 159
Digoxin Tab 0,25 mg	125, 135
Diltiazem HCl Tab 30 mg	124, 127
Dimenhidrinat Tab 50 mg	170
Diphenhidramin Inj 10 mg/ml	12
Dmensol	208
Dobutamin HCL Inj 250 mg/5 mL	137
Docetaxel Inj 20mg	63
Docetaxel Inj 80 mg	63
Dolgesik Kaps 50 mg	7

Nama obat	Halaman
Doloneurobion Tab	6
Domperidone Sir 5 mg/ 5 mL	170
Domperidone Tab 10 mg	170
Donepezil HCl Tab 5 mg	166
Dopamet Tab 250 mg	129
Dopamine Inj 200 mg	138
Doripenem Inj 500 mg	31
Dorner Tab 20 mcg	131
Doxorubicin Inj 10 mg	66
Doxorubicin Inj 50 mg	66
Doxycycline Tab 100 mg	24, 44
Dulcolax Supp Anak-anak 5 mg	173
Durogesic Patch 12,5 mcg/jam	1
Durogesic Patch 25 mcg / jam	1
Dutasteride Kaps 0,5 mg	111
Duviral Tab	46
E care Handrub	107, 108
E care Handwash	107, 108
Ebatid Inj 75mg/ 100ml	134
Ecron Inj 10 mg	166
Efavirenz Tab 600 mg	47
Efavirenz, lamivudine & tenofovir tab 600mg/300 mg/300 mg	48
Enbatic Powder	142
Endrolin inj 3,75 mg	79, 123
Eperisone HCl Tab 50 mg	122
Epexol Drops 15 mg/ml	185
Epexol Sir 15 mg/5ml	185
Epexol Sir F 30 mg/5ml	185
Epexol Tab 30 mg	185
Ephedrine HCl inj 50mg /ml	141
Epinephrine Inj 1 mg/mL	12, 138, 176
Epirubicin Inj 10 mg	66
Epirubicin Inj 50 mg	66
Epocaldi Kaps	198
Erdostein Kaps 300 mg	185
Erdostein Sir 175 mg/5 mL	185
Ergotamine caffeine Tab	57

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Ergotika Tab 4,5 mg	208
Erlamycetin Tetes Telinga 10 mL	192
Erlamycetin Tts Mata 10 mL	151
Erphaphylline Tab 200 mg	175
Erymed Cr 20 g	26
Erysanbe Tab 500 mg	26
Escitalopram Tab 10 mg	159
Esomeprazol Inj 40 mg	167
Esomeprazol Tab 20 mg	167
Esomeprazol Tab 40 mg	167
Ethambutol Tab 250 mg	37
Ethambutol Tab 500 mg	37
Etoricoxib Tab 60 mg	7
Etoricoxib Tab 90 mg	7
Euphyllin Retard Mite Tab 125 mg	180
Euphyllin Retard Mite Tab 250 mg	180
Euthyrox Tab 100 mcg	121
Euthyrox Tab 50 mcg	121
Examest Tab 25 mg	81
Exforge Tab 5/80	123, 126
Eye Fresh MDS 0.3 ml	158
Faktu oint 20 g	171
Farbivent Cairan Inhalasi	177
Fargoxin Inj 0,5 mg/ 2ml	125, 135
Farlosin SR Tab 0,4 mg	111
Farmabes Inj 5 mg/mL	125, 127
Farmasal Tab 100 mg	132
Farpresin Inj 1 mg/mL	112
Fasorbid Inj 10 mg /10 mL	125
Favipiravir Tab 200 mg	56
Fenicol Salep Mata	150
Fenofibrate Kaps 100 mg	139
Fenofibrate Kaps 300 mg	139
Fentanex 0,05 mg/ml	1
Fentanyl Inj 0,05 mg/ml	1
Ferlin Drops 30 mL	194
Ferlin Sir 100 mL	194
Fermia Tab	96, 194

Nama obat	Halaman
Ferriprox Sir 100 mg/mL	97
Ferro-K drop 15 ml	92
FG Troches Tab	31
Flagyl Supp 1 g	30, 44
Flamar Tab 25 mg	5
Flamar Tab 50 mg	5
Flamar Tts Mata 1 mg/mL	153
Fleet Phospho Soda Lar Oral 45 mL	174
Flixotide Nebul 0,5 mg/2 mL	176
Fluconazole Inj 2 mg/mL	42
Fluconazole Tab 150 mg	42
Flumetholone Tts Mata 5 mL	152
Flunarizine Tab 10 mg	56
Flunarizine Tab 5mg	56
Fluorourasil Inj	60
Fluoxetine HCl Kaps 10 mg	1
Fluoxetine HCl Kaps 20 mg	160
Folamil Genio Tab	199
Folavit Tab 1 mg	92
Folavit Tab 400 mcg	92
Folic Acid Tab 1 mg	92
Folic Acid Tab 400 mcg	92
Fondaparinux Inj 2,5 mg/0,5 mL	95
Fonkopac Inj 100mg	64
Fonkopac Inj 30 mg	64
Fonylin MR Tab 60 mg	112
Formyco Cr 2% 10 g	142
Formyco Tab 200 mg	43
Fortanest Inj 15 mg/3 mL	11
Fortanest Inj 5 mg/ 5 mL	11
Forti-D Caps 1000 IU	193
Forti-D Caps 400 IU	194
Forti-D Sir	194
Forxiga Tab 10 mg	114
Forxiga tab 5 mg	114
Fosfomycin Inj 1 g	31
Fosfomycin Inj 2 g	31
Fresofol 1% 20 ml	11

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Furamin Inj 25 mg/10 mL	195
Furosemid Inj 10 mg/mL	111, 136
Furosemid Tab 40 mg	110, 136
Fusycom Cr	142
Fytosid 100 mg /5 ml	64
Gabapentin Kaps 100 mg	9
Gabapentin Kaps 300 mg	9
Galvus Tab 50 mg	114
Garena Tab 400 mg	28
Gastran Tab 325 mg	169
Gelafusal Inf 500 ml	103
Gelofusine Inf 4 % 500 mL	103
Gemcitabine Inj 1 g	61
Gemcitabine Inj 200 mg	61
Gemfibrozil Kaps 300 mg	139
Gemfibrozil Kaps 600 mg	139
Genalsik Tab 40 mg	8
Genalsik Tab 80 mg	8
Gengigel Sachet	110
Gentamisin Inj 40 mg/ ml	27
Gentamisin tetes mata 0,3%	150
Gentamycin Oint 0,1% 5 g	142
Glaoplus MDS	155
Glausetab Tab	154
Glibenclamide Tab 5 mg	112
Gliclazide Tab 80 mg	112
Glimepiride Tab 1 mg	113
Glimepiride Tab 2 mg	113
Glimepiride Tab 3 mg	113
Glimepiride Tab 4 mg	113
Glipizide Tab 10 mg	113
Glipizide Tab 5 mg	113
Gliquidone Tab 30 mg	112
Glisodin Kaps 30 mg	200
Glucophage Tab XR 500 mg	113
Glucophage Tab XR 750 mg	113
Glucosamin Tab	200
Glutalan Inf	147

Nama obat	Halaman
Glutrop Kaps	147
Glybotic Inj 500 mg	27, 36
Glyceryl Guaiacolate Tab 100 mg	183
Granisetron Inj 3 mg	171
Haemocain Oint	10, 110
Halaven 0,44 mg / ml	76
Haloperidol Tab 0,5 mg	161
Haloperidol Tab 1,5 mg	161
Haloperidol Tab 5 mg	161
Hemobion Kaps	194
Hepamax Kaps	198
Hepamed Cap	47
Hepa-Merz Granulate	204
Heptasan Tab 4 mg	13
Herbesser CD Tab 100 mg	127
Herbesser CD Tab 200 mg	127
Hexymer Tab 2 mg	91
Hidrokortison Cr 1% 5 mL	143
Hidrokortison Cr 2,5% 5 g	143
Hidrokortison Inj 100 mg	12, 121
Histrine Sir 5 mg/5 mL	13
Holoxan Serb Inj 1000 mg	59
Homatro 2% Tts Mata 5 mL	154
Hp Pro Kaps	202
Humalog Kwikpen	117
Humalog Mix 25 Kwikpen	117
Humalog Mix 50 Kwikpen	117
Hyalub MDS 1 mg	156
Hydrochlorothiazide Tab 25 mg	111, 127
Hydroxyurea Medac Kaps 500 mg	76
HyperHep B imunoglobulin	187
Hystolan Tab 20 mg	207
Ibuprofen Sir 100 mg/5 mL	4
Ibuprofen Sir F 200 mg/5 mL	4
Ibuprofen Tab 200 mg	4
Ibuprofen Tab 400 mg	4
Iliadin Drops Tts Hidung 0.025 %	192
Iliadin Drops Tts Hidung 0.050 %	192

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Iliadin Spray 0,05% 10 mL	192
Im Boost Force Sir 60 mL	196
Im Boost Tab	196
Imatero Tab 100 mg	70
Immun Ped Sir	196
Imunos Sir	196
Imuran Tab 50 mg	88
Incidal OD Tab 10 mg	13
Inovad Inj	137
Inpepsa Susp 500 mg / 5ml	168
Intrasite Gel 15 g	145
Intunal F Tab	205
Intunal Tab	205
Inviclot Inj. 5000 UI/ml	95
Iohexol Inj 300 mg iodum/ml	103, 104
Iohexol Inj 350 mg iodum/ml	104
Iopamiro Inj 300 mg/ml	104
Iopamiro Inj 370 mg/ml	104
Irbesartan Tab 150 mg	128
Irbesartan Tab 300 mg	128
Iritero Inj 40 mg/2 ml	64
Isivas Tab 10 mg	13, 181
Isofluran inhalasi 100 ml	10
Isofluran inhalasi 250 mg	10
Isoniazid Tab 100 mg	37
Isoniazid Tab 300 mg	37
Isosorbid Dinitrat Inj 10 mg /10 mL	124, 136
Isosorbid Dinitrat Tab 5 mg	124, 136
Isprinol Sir 250 mg/5 mL	56
Itraconazole Kaps 100 mg	42
Itzol Kaps 100 mg	42
Januvia Tab 100 mg	113
Jardiance Duo Tab	113
KA EN 3A Inf 500 mL	148
KA EN 3B Inf 500 mL	148
Kabitec Inj 100mg/2ml	64
Kabiven Inf 1440 mL	147
Kalbamin Inf 10% 500 mL	147

Nama obat	Halaman
Kalitake Sachet 5 g	147
Kalium Diklofenak Tab 25 mg	8
Kalium Diklofenak Tab 50 mg	8
Kalnex Inj 100 mg/mL	93
Kalnex Inj 50 mg/mL	93
Kalsium Laktat Tab 500 mg	193
Kaltrofen Inj 50 mg/mL	4
Kaltrofen Tab 100 mg	4
Kaltrofen Tab 50 mg	4
Kandistatin susp 100.000 iu/ml	43, 109
KCl 7,46% inf 25 ml	203
KCl Caps 500 mg	203
Kenalog In Oral Base Gel	192
Kendaron Tab 200 mg	125
Ketamin Inj 100 mg	10
Ketamin Inj 50 mg	10
Ketoconazole Tab 200 mg	43
Ketokonazol Cr 2% 10 g	142
Ketoprofen Inj 50 mg/mL	4
Ketoprofen Tab 100 mg	4
Ketoprofen Tab 50 mg	4
Ketorolac Inj 30mg/mL	5
Ketorolac Tab 10 mg	5
Kloderma Cr 10 g	143
Kloderma Oint 0,05% 5 g	143
Koate DVI Faktor VIII serb inj 500 IU	94, 101
KSR Tab 600 mg	146
Lactafar Tab	202
Lactamor Tab	198
Lacto B Sachet	175
Lactulax Sir 10 g/5 mL	173
Lactulose Sir 3,335 g/5 mL	173
Lactulose Sir 3,335 g/5 mL	173
L-Acys Kaps 200 mg	182
Lameson Inj 125 mg/ml	122, 178
Lameson Tab 16 mg	90, 122, 178
Lameson Tab 4 mg	90, 122, 178
Lameson Tab 8 mg	90, 122, 178

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Lamivudine Tab 150 mg	47, 53
Lamotrigin Tab 100 mg	16
Lanakeloid Cr 10 mg	145
Lanosan Plus Tts Mata	155
Lanosan Tts Mata	155
Lansoprazole Inj 30 mg	168
Lansoprazole Kaps 30 mg	168
Lantus Solostar Inj 100IU/ml	116
Lapibal Kaps 500 mcg	195
Lasal expectoran Sir 2 mg/5 mL	180
Lasal Sir 2 mg/5 mL	179
Laxadin Sir 60 mL	174
L-Bio Sachet	175
Lebrest Tab 2,5 mg	83
Lenal Ace Tab	195
Lergio Eye Drops 1 mg/ml 5 ml	153
Lesichol Kaps 300 mg	198
Leucogen Inj 300 mcg/mL	99
Levemir Flexpen	116
Levertran Salep 15 g	145
Levetiracetam Tab 250 mg	16
Levetiracetam Tab 500 mg	16
Levica inj 5 mg/ml	11
Levocin Tts Mata	151
Levofloxacin Inf 500 mg	27
Levofloxacin Inf 750 mg	27
Levofloxacin Tab 500 mg	27
Levotiroksin Tab 100 mcg	121
LFX MDS	151
Lidocain Inj 2% 2ml	9, 110, 125
Lincomycin Kaps 500 mg	31
Lisinopril Tab 10 mg	129
Lisinopril Tab 5 mg	128
Lodia Tab 2 mg	172
Lodomer Inj 5 mg/ml	161
Lodomer Tab 2 mg	161
Lonide Tab 40 mg	172
Loperamid Tab 2 mg	172

Nama obat	Halaman
Loratadin Sir	13
Loratadin Tab 10 mg	12
Losartan Tab 50 mg	130
Lyters Tts Mata 15 mL	156
Madopar Tab	90
Manitol Inf 20% 250 ml	111, 150
Manitol Inf 20% 500 ml	111, 150
Martos Inf 500 mL	148
Mebo Oint 20 g	145
Mecobalamin Inj 500 mcg/mL	195
Mecobalamin Kaps 500 mcg	195
Mediamer B6 Tab	195
Medroxyprogesterone Acetate Inj	89, 119, 120
Mefinal Tab 500 mg	3
Meiact Tab 200 mg	31
Meloxicam Tab 15 mg	8
Meloxicam Tab 7,5 mg	7
Meptin Inhalation Sol 50 mcg	179
Meptin Inhalation Solution 0,3 ml	179
Meptin Swinghaler	179
Merlopam Tab 0,5 mg	159
Merlopam Tab 2 mg	159
Meropenem serb Inj 0,5 g	29
Meropenem serb Inj 1 g	29
Mertigo Tab 24 mg	58
Mertigo Tab 6 mg	58
Mertigo Tab 8 mg	58
Mestinon Tab 60 mg	166
Metamizole Inj 500mg/mL	5
Metamizole Tab 500 mg	5
Metformin Tab 500 mg	113
Metformin Tab 850 mg	113
Methotrexate Inj 50 mg/2 ml	62, 86
Methylprednisolone Inj 125 mg/ml	122, 178
Methylprednisolone Inj 500 mg/ml	122, 179
Methylprednisolone Tab 16 mg	90, 122, 178
Methylprednisolone Tab 4 mg	90, 122, 178
Methylprednisolone Tab 8 mg	90, 122, 178

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Methysoprinol Sir 250 mg/5 mL	56
Methysoprinol Tab 500 mg	56
Metilergometrin inj 0,2 mg/ml	158
Metilergometrin Tab 125 mcg	158
Metoclopramide HCl Inj 10 mg/2ml	170
Metoclopramide HCl Sir 5 mg/5 mL	171
Metoclopramide HCl Tab 10 mg	170
Metronidazol Inf 5 mg/mL	30, 44
Metronidazol Susp 125 mg/5 ml	30, 44
Metronidazol Tab 500 mg	30, 44
Meylon Inj 8,4% 25 mL	14
MgSO ₄ Inj 20% 25 mL	16
MgSO ₄ Inj 40% 25 mL	16
Miconazole Cr 2% 10 g	143
Microgest Tab 200 mg	119
Microlax Enema	174
Midazolam HCl Inj 15mg/3ml	11
Midazolam HCl Inj 5mg/5ml	11
Miniaspi Tab 80 mg	132
Minirin Tab 0,1 mg	112
Minosep Gargle 150 mL	108
Minosep Gargle 60 mL	108
Miozidine Tab MR 35 mg	125
Miozidine Tab OD 80 mg	125
Misoprostol tab	169
Mometasone Furoate Cr 0,1%	144
Morfikaf SR Tab 15 mg	2
Morfin Inj 10 mg/mL	2
Moxifloxacin HCl tts mata 0,5%	151
Moxifloxacin Inf 400 mg/250 mL	28
Moxifloxacin Tab 400 mg	27
MST Continus Tab 10 mg	2
Mucohexin Tab 8 mg	186
Mucosta Tab 100 mg	170
NACL Inf 1 L	148
NACL Inf 100 mL	148
NACL Inf 3% 500 mL	148
NACL Inf 500 mL	148

Nama obat	Halaman
NACL Infus 25 mL	148
Nalgestan Tab	205
Natacen MDS	151
Natrium Diclofenak Gel 20 g	6
Natrium Diclofenak Tab 25 mg	5
Natrium Diclofenak Tab 50 mg	5
Nebacetin Powder 5 g	146
Nelandoz Tab 2 mg	118
Neo Gynoxa Ovula	31
Neo Kaolana Sir 120 mL	172
Neostigmin inj 0,5 mg/ml	14, 166
Nephrolit Kaps	201
Neulin PS Tab	204
Neuralgin Tab	5
Neurobion Dual Inj 5000 mg	93
Neurobion F Tab 5000 mcg	93
Neurobion Tab	93
Neurodex Tab	93
Neurosanbe Inj	92
Nevirapine Tab 200 mg	47
New Diatabs Tab 600 mg	172
Nexurin Tab	42, 203
Nicardipine Inj 10 mg/ 10 mL	129
Nifedipine Tab 10 mg	129
Nifudiar Sir 250 mg/5 mL	173
Niltib Kaps 200 mg	72
Nimodipine Inf 10 mg/ 50 mL	129
Nimotop Tab 30 mg	129
Nipe Drop 15 mL	207
Nitrogen	10
Nitrokaf F SR Kaps 5 mg	124
Nitrokaf Retard SR Kaps 2,5 mg	124
Nokoba Inj 0,4 mg/ml	14
Noncort MDS	153
Norepinephrine Inj 4 mg/4 ml	138
Norestil Tab 5 mg	119
Norvask Tab 10 mg	124, 126
Norvask Tab 5 mg	123, 126

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Nospirinal Tab 80 mg	132
Notisil Tab 2 mg	96
Novalgin Sir 50 mg/mL	5
Novomix 30 Flexpen	117
Novorapid Flexpen	117
NTG (nitroglycerin) inj 1 mg/ml	125
Nystatin Susp 100,000 IU/mL	43, 109
Nystatin Tab Ovula 100.000 IU/ g	43, 142
Obeslim Tab 120 mg	208
OBH Sir Combi Child Strawberry	207
OBH Sir Ika 100 mL	207
Ocuflam Tts Mata 0,1% 5 mL	152
Ocufresh Tts mata	158
Oculenta gel mata 5 g	158
Oksigen	10
Olanzapine Tab 10 mg	162
Olanzapine Tab 5 mg	162
Olopatadine HCl Tetes Mata 0,1%	153
Omeprazole Inj 40 mg	168
Omeprazole Kaps 20 mg	168
OMZ Inj 40 mg	168
OMZ Kaps 20 mg	168
Ondansetron Inj 4 mg/ 2mL	171
Ondansetron Inj 8 mg/ 4mL	171
Ondansetron Sir 4 mg / 5 ml	171
Ondansetron Tab 4 mg	171
Ondansetron Tab 8 mg	171
Onglyza Tab 5 mg	114
Optalvit Plus Tab	197
Optimax Tab	200
Oralit Serb 200	146, 172
Orinox Tab 60 mg	7
Orinox Tab 90 mg	7
Ornispar Inj	204
Oscal Kaps 0,25 mg	193
Osfit DHA Kaps	198
Osflex Inj 25mg/ 2,5 ml	203
Osteocal Tab	193

Nama obat	Halaman
Otopain Tts Telinga 8 mL	192
Ottogenta Inj 40 mg/ ml	27
Oxoferin Topical Solution 30 mL	107
Oxytetracycline Salep Mata 1%	151
Oxytocin Inj 10 UI/ml	158
Ozen Drops 10 mg/mL	13
Pamol Supp 125 mg	6
Pamol Supp 250 mg	6
Pantoprazole Serb Inj 40 mg	169
Pantoprazole Tab 20 mg	169
Pantoprazole Tab 40 mg	169
Paracetamol Drops 100 mg/mL	6
Paracetamol Infus 10 mg/ml	6
Paracetamol Sir 120 mg/5 mL	6
Paracetamol Tab 500 mg	6
Paratusin Sir 60 ml	206
Paratusin Tab	206
Pariet Tab 10 mg	169
Pariet Tab 20 mg	169
Pehacain Inj	10, 110, 126
Peinlos Inj 400 mg /4mL	4
Pentabio (DTP-HB-Hib)	189
Pentasa Tab 500 mg	175
Peptimun	208
Peptisol	208
Pethidin Inj 50 mg/mL	3
Phenobarbital Inj 50 mg/ml	15
Phenobarbital Tab 30 mg	15
Phenytoin Inj 50 mg/ml	15
Phenytoin Kaps 100 mg	15
Phytomenadion Inj 10 mg/ml	94
Phytomenadion Inj 2 mg/ ml	94
Phytomenadion Tab 10 mg	94
Pioglitazone Tab 15 mg	113
Pioglitazone Tab 30 mg	113
Pionix Tab 15 mg	113
Pionix Tab 30 mg	113
Piracetam Inj 1 g	17

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Piracetam Inj 3 g	17
Piracetam Tab 1200 mg	17
Piracetam Tab 400 mg	17
Piracetam Tab 800 mg	17
Pirantel Pamoat Susp 125 mg/5 ml	18
Pirantel Pamoat Tab 125 mg	18
Pirazinamid Tab 500 mg	41
Piroxicam Kaps 10 mg	8
Piroxicam Kaps 20 mg	8
PK Kristal	208
Plasbumin 20% 100 mL	102
Plasbumin 25% 50 mL	103
Plasmin Kaps	96
Pletaal Tab 50 mg	134
Pletaal Tab SR 100 mg	134
Polidemisin Tts Mata	152
Polydex MDS	152
Polydex Tts Mata 5 mL	152
Polygran MDS	152
Polygran Tts Mata	152
Polynel MDS	152
Polynel Tts Mata	152
Posop MDS	153
Povidon Iodida Sol 1 L	107
Povidon Iodida Sol 30 ml	107
Povidon Iodida Sol 60 ml	107
P-Pred MDS	153
Prednison Tab 5 mg	122, 179
Pregabalin Kaps 75 mg	9
Proceles Sir	13
Proferro tab kunyah 325 mg	92
Profertil Tab 50 mg	121
Prolacta for Baby Kaps	197
Promavit Kaps	200
Promuba Sir 125mg/ 5ml	30, 44
Propiltiourasil Tab 100 mg	121
Propofol Inj 1% 20 ml	11
Propranolol Tab 10 mg	57, 126

Nama obat	Halaman
Propranolol Tab 40 mg	57, 126
Prorenal Tab	198
Proris Supp 125 mg	4
Protagenta MDS	158
Protamine Sulphate Inj 10 mg/mL	14, 96
Proterin Inj 10mg / 2ml	207
Protofen Supp 100 mg	4
Provelyn Kaps 75 mg	9
Raivas Inj 4 mg/ 4 mL	138
Ramipril Tab 10 mg	130, 137
Ramipril Tab 2,5 mg	130, 137
Ramipril Tab 5 mg	130, 137
Ranitidine Inj 50 mg/ 2ml	168
Ranitidine Tab 150 mg	168
Rebal Plus Kaps	196
Rebamipide Tab 100 mg	170
Reco Tetes Mata 10 mL	150
Recodryl Inj 10 mg/ml	12
Redditux Inj 100 mg	74
Redditux Inj 500 mg	74
Remopain Inj 30 mg/mL	5
Renastin Drop 15 ml	21
Renogen Inj 3000 IU	98
Renxamin Inf 200 mL	147
Revatio Tab sal selaput 20mg	131
Rexta Inj 50 mg	77
Rhinofed Sir 60 mL	206
Rhinofed Tab	206
Rhinos Junior Sir 60 ml	207
Rhinos Neo Drop 10 ml	206
Rhinos SR Kaps	206
Rifampisin Tab 300 mg	35
Rifampisin Tab 450 mg	35
Rifampisin Tab 600 mg	35
Riklona Tab 2 mg	16
Rillus Tab	175
Ringer Laktat Inf 500 mL	147
Ringer Laktat Infus 1 L	147

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
RingerDEXTROSE Inf 500 mL	148
RingerFUNDIN Inf 500 mL	149
Risperidone Tab 2 mg	163
Roculax inj 50mg/ 5ml	165
Rocuronium Br Inj 50 mg/5 mL	165
Ropivell Inj 7,5 mg/ml	10
Rosuvastatin Tab 10 mg	139
Rosuvastatin Tab 20 mg	139
Roswin Tab 10 mg	139
Roswin Tab 20 mg	140
Rupafin Tab 10 mg	13
Ryvel Plus SR Tab	13
Ryzodeg	118
Sagestam Cr 5 g	142
Sagestam Tts Mata	150
Sagestam Tts Telinga 3 mL	192
Salbutamol Sir 2 mg/5 mL (100 ml)	179
Salbutamol Tab 2 mg	179
Salbutamol Tab 4 mg	180
Samsca Tab 15 mg	112
San B Plek Drop 15 ml	196
Sanadryl DMP 60 mL	182
Sanadryl Exp Sir 60 mL	182
Sanbe HES	149
Sanbe Tears Tts Mata 8 mL	152
Sanbenafil Kaplet 50 mg	131
Sandepril Tab 50 mg	160
Sandimmun Kaps 100 mg	87
Sandimmun Kaps 50 mg	87
Sandimmun Neoral Kaps 25 mg	87
Sangobion Tab	93
Sanmag Susp 200 mg/5ml	169
Sanmol Drops 100 mg/mL	6
Sanmol Sir 120mg/5mL	6
Sanmol Sir F 250mg/5 mL	6
Sanmol Tab 500 mg	6
Sanprima F Tab 960 mg	25
Sanprima Sir 240mg/5ml	26

Nama obat	Halaman
Sanprima Tab 480 mg	25
Santa E Tab 100 mg	195
Santa E Tab 200 mg	195
Santa E Tab 400 mg	195
Sequest Sachet	139
Seretide Diskus 100 Mcg /Puff	178
Seretide Diskus 50 Mcg /Puff	177
Seretide Diskus 250 Mcg /Puff	178, 184
Seretide Diskus 500 Mcg/puff	178, 184
Sertraline Tab 50 mg	160
Sevoflurane Baxter 250 ml	11
Sharox Inj 750 mg	24
Sibital Inj 200 mg/2 mL	15
Sildenafil Citrate Tab 100 mg	131
Silex Sir 100 mL	205
Siloxan Tts Mata 5 ml	158
Simvastatin Tab 10 mg	140
Simvastatin Tab 20 mg	140
Sistenol Tab	183
Soliqua	118
Spiramycin Tab 500 mg	27
Spiriva inhaler 2,5 mcg	185
Spironolactone Tab 100 mg	111, 137
Spironolactone Tab 25 mg	111, 137
Sterimar Tts Hidung 100 mL	192
Stesolid Enema 5 mg/2,5 mL	15
Stolax Supp 10 mg	173
Streptomycin Serb Inj 1 g	27, 41
Stronger Neo Minophagen C Inj	201
Sucralfate susp 500 mg / 5 ml	168
Sufenta Inj 5 mcg/ ml	3
Sukralfat Tab 500 mg	168
Sulfasalazine Kap 500 mg	175
Suprane Inhalation Sol 240 mL	10
Symbicort Turb. 160/4.5 @ 120 dosis	177
Symbicort Turb. 160/4.5 @ 60 dosis	177
Symbicort Turb. 80/4.5 @ 60 dosis	177
Taceral Tab 500 mg	61

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Tamofen Tab 10 mg	83
Tamsulosin Tab 0,4 mg	111
Tanapress Tab 10 mg	128
Tanapress Tab 5 mg	128
Tarivid Tts Mata 5 mL	152
Tarontal Inj 300 mg/15 mL	207
Tarontal Tab 400 mg	207
Taxegram Serbuk Inj 1 g	23
Tazam Inj 4g/ 0,5mg	24
Tebokan Spesial Tab 80 mg	200
Telmisartan Tab 40 mg	130
Telmisartan Tab 80 mg	130
Tenofovir Tab 300 mg	47
Tenofovir tab 300 mg & emtricitabine tab 200 mg	46
Terazosin Tab 1 mg	111
Terazosin Tab 2 mg	111
Termisil cream 0,1% 10 g	43
Tetracycline Kaps 250 mg	24
Tetracycline Kaps 500 mg	24
Thiampenicol Kaps 500 mg	25
Thrombophob Gel 20 g	145
Thyrozol Tab 10 mg	121
Tiamazol Tab 10 mg	121
Tiamazol Tab 5 mg	121
Ticagrelor Tab 90 mg	134
Timol Tts Mata 0,5% 5 mL	156
Timolol MDS 0,5%	156
Timolol Tts Mata 0,25%	156
TKV Tab 0,5 mg	51
Tobroson MDS	151
Tobroson Tts Mata	151
Topamax Tab 100 mg	17
Topamax Tab 25 mg	16
Topamax Tab 50 mg	16
Tracetat Sir 40 mg/mL	78
Trajenta Tab 5 mg	114
Tramadol Inj 50 mg/ml	7

Nama obat	Halaman
Tramadol Kaps 50 mg	7
Tramus 1 % (Inj 50 mg/ 5 ml)	165
Tremenza Sir 60 mL	207
Tremenza Tab	207
Triamcinolone IA/IB/ID Inj 10 mg/mL	122, 144, 153
Triamcinolone Inj 40 mg/mL	122, 145, 153
Triamcinolone Tab 4 mg	122
Tricefin Inj 1 g	23
Tride Tab 5000 IU	194
Trifluoperazin Tab 5 mg	164
Trihexyphenidil Tab 2 mg	91
Trimetazidine Tab	125
Tripenem Inj 1 g	29
Tropin Tts Mata 1% 5 mL	154
Truvas Tablet 10 mg	138
Truvas Tablet 20 mg	138
Tutosol Inf 500ml	149
Ulcetra Tab	7
Umarone Inj 20 mg/ 2mL	202
Uperio Tab 100 mg	137
Uperio Tab 50 mg	137
Urinter kaps 400 mg	41
Uromitexan Inj 400 mg/4 mL	89
Ursodeoxycholic Acid Kaps 250 mg	175
V Bloc Tab 25 mg	131, 137
Vaksin BCG	189
Vaksin Engerix B Inj 0,5 mL	191
Vaksin Euvax B inj 10 mcg	191
Vaksin Euvax B Inj 20 mcg	191
Vaksin formening 200 mcg	191
Vaksin Hepatitis B Rekombinan Uniject	189
Vaksin Jerap Difteri Tetanus (DT)	190
Vaksin Jerap Difteri Tetanus (Td)	190
Vaksin MR + pelarut	190
Vaksin Rotarix 1,5 ml	191
Vaksin thypim IV	191
Vaksin Trimovax Inj 0,5 mL	191

DAFTAR NAMA OBAT FORMULARIUM

Nama obat	Halaman
Vaksin Varilrix Inj 0,5 mL	191
Vaksin vaxigrip	191
Valacyclovir Tab 500 mg	45
Valdimex Inj 5 mg/mL	11, 15, 159
Valisanbe Tab 2 mg	15, 159
Valsartan Tab 160 mg	130
Valsartan Tab 80 mg	130
Vancomycin HCl Inj 500 mg	31
Vasacon A MDS	158
Vasacon A Tts Mata 15 ml	158
Vental Nebules 2,5 mg	179
Ventolin Inhaler 100 mcg	180
Ventolin Nebules 2,5 mg	179
Verorab serb inj 2,5 IU (s.k.)	190
Vesicare Tab 5 mg	111
Vestein Kaps 300 mg	185
Vestein Sir 175 mg/5mL	185
Vildagliptin Tab 50 mg	114
Vincristine Inj 1 mg/mL	65
Vincristine Inj 2 mg/mL	65
Vinorkal Inj 10 mg	65
VIT D3 Tab 1000 IU	193
Vitacur Sir	197
Vitamin A Tab 200.000 iu	195
Vitamin B1 Tab 100 mg	195
Vitamin B1 Tab 50 mg	195
Vitamin B12 Tab 50 mcg	92, 195
Vitamin B6 Tab 10 mg	19
Vitamin Tab B Complex	195
Vitrolenta MDS	158
Vivena 9 Inj	199
Vometa Drops 5 mg/mL	170
Vomizole Serb Inj 40 mg	169
Vomizole Tab 20 mg	169
Vomizole Tab 40 mg	169
WIFI Inf 1000 ml	110, 150
Xanax Tab 0,5 mg	159
Xanax Tab 1 mg	159

Nama obat	Halaman
Xarelto Tab 10 mg	95
Xarelto Tab 20 mg	96
Xepazym Tab	199
Xitrol Salep Mata 3,5 g	152
Xitrol Tts Mata	152
Zegavit Kap	198
Zinc sulfate drops 10 mg/mL	146, 172
Zinc Tab 20 mg	146, 172
Zincpro Sir	146, 172
Zitanid Tab 2 mg	166
Zithromax Tab 500 mg	26
Zoladex Inj 10,8 mg/ Siringe	78, 123
Zoladex Inj 3,6 mg/ Siringe	78, 123
Zoltero Inf 4 mg/100 mL	89, 202

Layanan Unggulan



SULTAN AGUNG
STROKE
CENTER



SULTAN AGUNG
UROLOGY
CENTER



SULTAN AGUNG
PAIN
CENTER



SULTAN AGUNG
MEDICAL REHABILITATION
CENTER



SULTAN AGUNG
SKIN
CENTER



SULTAN AGUNG
ENT
CENTER



SULTAN AGUNG
EYE
CENTER



SULTAN AGUNG
LASIK
CENTER



SULTAN AGUNG
CARDIAC
CENTER



SULTAN AGUNG
INTEGRATED
CLINIC OF SPECIALIST



SULTAN AGUNG
FERTILITY
CENTER



SULTAN AGUNG
ONCOLOGY
CENTER

www.rsisultanagung.co.id

Jl. Raya Kaligawe KM 4, Terboyo Kulon, Kec. Genuk, Semarang