

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 225 /KEP/DIR/RSMU/II/2025
TANGGAL : 29 FEBRUARI 2025
TENTANG
FORMULARIUM OBAT TAHUN 2025
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**


DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka menjamin sediaan farmasi di Rumah Sakit berdasarkan misi Rumah Sakit, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan yang diberikan;
- b. Bahwa dalam rangka monitoring dan evaluasi kepatuhan terhadap formularium baik dari persediaan maupun penggunaannya;
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf (a) dan (b), maka perlu ditetapkan Formularium, Obat Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya Tahun 2025 dengan Keputusan Direktur.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.01.07/MENKES/6485/2021 tentang Formularium Nasional;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
7. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Undaan Nomor 012/P4MU/X/2020 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
8. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4MU) Nomor: 014/P4MU/SK/X/2020 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR TENTANG FORMULARIUM OBAT RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TAHUN 2025.**
- Kesatu : Memberlakukan Buku Formularium Obat Tahun 2025.
- Kedua : Buku Formularium Obat Tahun 2025 sebagaimana dimaksud tercantum dalam lampiran I Keputusan Direktur ini.

- Ketiga : Buku Formularium Obat Tahun 2025 diterbitkan dan digunakan dalam proses pemberian obat serta instruksi pengobatan kepada pasien.
- Keempat : Dengan adanya Keputusan Direktur ini, Keputusan Direktur sebelumnya yang terkait Daftar Formularium Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya menjadi tidak berlaku lagi.
- Kelima : Keputusan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan dievaluasi setiap tahun.
- Keenam : Apabila dikemudian hari terdapat perubahan dalam Keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 29 Februari 2025
Direktur, 



dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M (K)

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA
UNDAAN SURABAYA
NOMOR : 225 /KEP/DIR/RSMU/II/2025
TANGGAL : 24 FEBRUARI 2025
TENTANG FORMULARIUM OBAT TAHUN 2025
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

BAB I KETENTUAN UMUM

1.1 Formularium Obat Rumah Sakit

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

1.2 Tata Cara Penulisan Resep

1. Resep yang berlaku di RS Mata Undaan Surabaya hanyalah resep dari RS Mata Undaan Surabaya;
2. Resep ditulis oleh dokter yang namanya tercantum dalam daftar staf medis yang berhak menulis resep;
3. Resep harus ditulis dengan jelas, dapat terbaca, dan lengkap memuat nama dokter, tanggal penulisan resep, paraf dokter dan informasi spesifik pasien meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, umur, berat badan (pasien anak), nama obat, dosis, rute pemberian, frekuensi/waktu pemberian, dan alergi;
4. Sebelum menuliskan resep, dokter harus memperhatikan tiga kemungkinan : kontraindikasi, interaksi obat, dan reaksi alergi;
5. Menggunakan istilah dan singkatan yang ditetapkan rumah sakit dan tidak boleh menggunakan singkatan yang dilarang (tersedia daftar singkatan yang digunakan dan dilarang di RS Mata Undaan Surabaya);
6. Resep obat narkotika dan psikotropika harus menggunakan resep asli dokter dengan mencantumkan nama lengkap dokter, tanda tangan dokter; nama pasien dan alamat pasien;
7. Resep obat dengan instruksi khusus seperti *tapering off*, *automatic stop order* harus tertulis secara jelas dan lengkap;

8. Resep antibiotik sebagai terapi empirik mengacu pada Pedoman Penggunaan Antimikroba RS Mata Undaan Surabaya;
9. Untuk pasien rawat inap, tiap resep yang diterima hanya mencakup pengobatan maksimum selama 3 (tiga) hari;
10. Untuk pasien rawat jalan (kronis), tiap resep yang diterima hanya mencakup pengobatan maksimum selama 30 (tiga puluh) hari.

1.3 Tata Cara Pengusulan Obat di Luar Formularium Obat Rumah Sakit

1. Apabila atas dasar pertimbangan medis untuk seorang pasien ada alasan yang rasional untuk pemakaian obat yang tidak tercantum dalam Formularium Obat Rumah Sakit, dapat dimintakan persetujuan dari Direktur RS Mata Undaan Surabaya, yang dalam hal ini diwakilkan kepada Komite Farmasi dan Terapi, oleh Ketua SMF yang bersangkutan, dengan dilengkapi data yang diperlukan untuk pertimbangan;
2. Obat yang tidak tercantum dalam Formularium Obat Rumah Sakit dan di kemudian hari dipandang perlu untuk dicantumkan dalam Formularium Obat Rumah Sakit, dapat diusulkan oleh Ketua SMF kepada Direktur RS Mata Undaan Surabaya melalui Komite Farmasi dan Terapi.

1.4 Pemantauan dan Evaluasi

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

1.5 Revisi Formularium Obat

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

Kriteria penambahan dan pengurangan nama generik dalam formularium obat:

1. Memiliki rasio manfaat dan risiko yang paling menguntungkan bagi pasien;
2. Mutu terjamin, termasuk stabilitas dan penyimpanan;
3. Praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan;
4. Menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh penderita;
5. Bila terdapat lebih dari satu pilihan yang memiliki efek terapi yang serupa, pilhan dijatuhkan kepada:
 - a. Obat yang sifatnya paling diketahui berdasarkan data ilmiah;
 - b. Obat dengan sifat farmakokinetik yang paling menguntungkan;
 - c. Obat yang stabilitasnya lebih baik; - Mudah diperoleh;
 - d. Obat yang telah dikenal.

6. Obat yang baru diusulkan harus memiliki bukti ilmiah terkini (*evidence based medicine*), telah jelas efikasi dan keamanan, serta keterjangkauan harganya. Dalam hal ini obat yang telah tersedia dalam nama generik menjadi prioritas pemilihan.

BAB II

KETENTUAN REDAKSIONAL

2.1 Susunan

1. Formularium Obat Rumah Sakit disusun berdasarkan ketentuan pada Buku Daftar Obat Essensial Nasional Tahun 2017, Formularium Nasional Tahun 2023 beserta perubahannya, E-catalog obat, dan usulan dari SMF/DPJP. Obat dikelompokkan berdasarkan kelas, subkelas farmakoterapi.;
2. Bentuk sediaan, kekuatan sediaan yang tercantum dalam Formularium Obat Rumah Sakit adalah mengikat.

2.2 Tata Nama

1. Nama obat ditulis dengan nama generik sesuai dengan Farmakope Indonesia Edisi IV Tahun 1995;
2. Obat yang sudah lazim digunakan dan tidak mempunyai nama generik, ditulis dengan nama lazim. Misalnya : garam oralit;
3. Obat kombinasi ditulis dengan nama generiknya masing-masing komponen zat berkhasiatnya disertai kekuatan masing-masing komponen;
4. Untuk beberapa hal yang dianggap perlu, nama sinonim ditulis di antara tanda kurung.

2.3 Pengertian dan Singkatan

2.3.1 Pengertian

1. Bentuk sediaan Bentuk sediaan adalah bentuk obat sesuai proses pembuatan obat tersebut dalam bentuk seperti yang akan digunakan, misalnya : tablet salut enterik, injeksi intravena.
2. Kekuatan sediaan Kekuatan sediaan adalah kadar zat berkhasiat dalam sediaan obat jadi. Kekuatan sediaan dalam bentuk garam atau esternya, maka garam atau esternya dicantumkan dalam tanda kurung, misalnya: amilorid tablet 5 mg (hidroklorida). Sedangkan untuk kekuatan kandungan zat sebagai, misalnya: klorokuin tablet 150 mg (sebagai fosfat).
3. Kemasan Kemasan adalah wadah kecil yang berhubungan langsung dengan obat.

2.3.2 Singkatan

Amp	: ampul
Btl	: botol
Bls	: blister
ih	: inhalasi
inj	: injeksi
inj dlm minyak	: injeksi dalam minyak
i.a.	: injeksi intraarteri
infiltr	: injeksi infiltrasi
i.k.	: injeksi intrakutan

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

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

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

BAB III

KEBIJAKAN TERKAIT FORMULARIUM OBAT

- 3.1 Penggunaan Formularium Obat RS Mata Undaan tahun 2025 sebagai berikut:
- Obat generik wajib diresepkan untuk seluruh pasien peserta BPJS Kesehatan;
 - Apabila obat generik belum/tidak tersedia, maka dapat diganti dengan obat paten dengan harga paling ekonomis yang ada;
 - Penggantian obat oleh tenaga farmasi sehubungan dengan poin 2 di atas, disampaikan terlebih dahulu kepada DPJP dengan menginformasikan ketersediaan jenis obat pengganti;
 - Obat generik dapat diresepkan untuk pasien non peserta BPJS Kesehatan (pasien umum/asuransi swasta/rekanan, dan sebagainya);
 - Pembelian obat di luar Formularium RSMU tahun 2024 harus seizin Wakil Direktur Pelayanan.
- 3.2 Pengusulan obat dan alat kesehatan baru
- Pengusulan obat dan alat kesehatan baru dapat dilaksanakan di luar jadwal rutin revisi Formularium Obat.
 - Pertimbangan usulan obat dan alat kesehatan baru antara lain jenis zat aktif obat, sediaan obat, jumlah obat sejenis dan sebagainya.
 - Pengusulan obat dilakukan dengan mengisi Form Usulan Obat (terlampir), dengan minimal rekomendasi dari 3 (tiga) orang dokter pengusul.
 - Persetujuan penambahan obat baru akan dibahas oleh Komite Farmasi dan Terapi bersama unsur manajemen RS Mata Undaan Surabaya.

BAB IV
DAFTAR OBAT FORMULARIUM

NO.	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	FARMASI	KATEGORI BPJS (B)/REG (R)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	FORNAS (F) / NON FORNAS (NF)	FORMULARIUM NASIONAL	
							RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL
I	II	III	IV	V	VI	VI	VII	VIII
ANALGESIK NARKOTIK								
1.1. ANALGESIK NARKOTIK								
1	Fentanyl	Etanyl		B/R	Inj. i.m. / i.v. 0,05 mg/ml, amp. 2 mL; amp. 10 mL	F	Hanya untuk nyeri berat dan harus diberikan oleh tim medis yang dapat melakukan resusitasi / dokter anastesi	5 amp/kasus
1.2. ANALGETIK NON NARKOTIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID								
1.	Asam Mefenamat	Mefinal Asam Mefenamat	Sanbe Farma Bernofarm	R B	500 mg	F		30 tab/bulan
2.	Asam asetilsalisilat	Aspilet Inzana	Medifarma Konimex	B/R	80 mg	F		30 tab/bulan
3.	Deksketoprofen	Voxib Deksketoprofen	Novell Novell	R B	Deksketoprofen trometamol 25 mg/ml	NF		-
4.	Paracetamol	Sanmol Paracetamol	Sanbe farma Bernofarm	R	Tab 500 mg	F		180 tab/bulan
				B	Infus 1000mg	F	Hanya untuk pasien di ruang perawatan intensif	3 btl/kasus
			Hexapharm	B	Tab 500 mg, Syrup 125 mg/5ml	F		2 btl/kasus
5	Ibuprofen	Buffect Ibuprofen	Sanbe farma Bernofarm	R	Syrup 100mg/5ml	F		1 btl/kasus
				B		F		
6.	Kalium Diclofenac	Cataflam Eflagen	Novartis Sanbe farma	R R	Tab. D 50 mg Tab 50 mg	NF		-
7.	Metampyron/meta mizol	Santagesik	Sanbe farma	B/R	Inj 500mg/ml	F	Untuk nyeri post operatif dan dalam waktu yang singkat	4 amp selama dirawat
8.	Ketorolac	Remopain Ketorolac	Dexa medica Bernofarm	R	Inj. i.v. 30 mg/mL	F	Untuk nyeri sedang sampai berat pada pasien yang tidak dapat menggunakan analgetik secara oral.	2-3 amp/hari, maks. 2 hari.
				B				
9.	Natrium diklofenak	Natrium diklofenak	Bernofarm	B	Tab 50 mg	F		30 tab/bulan

NO.	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	FARMASI	KATEGORI BPJS (B)/REG (R)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	FORNAS (F) / NON FORNAS (NF)	FORMULARIUM NASIONAL	
							RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL
I	II	III	IV	V	VI	VI	VII	VIII
ANTIALERGI, ANTIANAFILATIK, KORTIKOSTEROID								
1.	Loratadin	Desdin syrup	LAPI	R	Desloratdine 2.5mg/5ml Tab. 10 mg;	F		Urtikaria akut; 1tab/hari maks.5 hari Urtikaria kronis maks.30 hari
2.	Dexametasone 0.5 mg, dexchlorpheniramine maleate 2 mg	Alegl	LAPI	R	Tab	F		-
3.	Methyl Prednisolone	Lameson Methyl Prednisolone	LAPI Sanbe farma Bernofarm Hexapharm	R R B B	Tab 4mg; tab 8 mg; tab 16 mg Syrup 4mg/5ml Injeksi 125 mg	F	Hanya untuk kasus spesialistik	-
4.	Cetirizin	Cetirizin Cetirizin syrup	Bernofarm Hexpharm	B B	Tab. 10 mg Syrup 5mg/5ml	F		Urtikaria akut; 1tab/hari maks.5 hari Urtikaria kronis maks.30 hari 1 btl/kasus
5.	Dexamethasone	Cortidex Dexamethasone	Sanbe farma Bernofarm	R B	Inj. 5 mg/mL, amp. 1 mL	F F		20 mg/hari
6.	Diphenhydramin	Diphenhydramin	Bernofarma	R/B	Inj. 10 mg/mL (HCl), Amp 1 mL	F		30 mg/hari
7.	Triamcinolone acetonide	Flamicort	Dexa medica	R/B	Triamcinolone acetonide 40mg/ml; 50 mg/ml	F		-
ANTIBAKTERI								
3.1 ANTIBAKTERI GOLONGAN CEFALOSPORIN								
1.	Cefotaxime	Lapixime Cefotaxime	LAPI Bernofarm Hexfarma	R B	Inj.1000mg	F		Maks 10 hari
2.	Ceftriaxone	Ceftriaxone	Bernofarm	B	Inj.1000mg	F		Maks 10 hari
3.	Ceftazidime	Ceftazidime	Bernofarm	R/B	Inj.1000mg	F	Apabila diberika intravena, maka antibiotik lini ketiga harus persetujuan tim PPRA	3g/hari selama 7 hari
4.	Cefuroxime	Anbacim	Sanbe farma	R/B	Inj 1000 mg	F		3g/kasus
5.	Cefixime	Cefila Sporetik Cefixime Cefila	LAPI Sanbe farma Bernofarm LAPI	R R B R	Cefixime 100 mg Cefixme dry 100mg/5ml	F	Hanya untuk pasien rawat inap	Maksimal 10 hari
3.2 ANTIBAKTERI GOLONGAN PENICILLIN								
1.	Amoxycillin	Amoxan Amoxycillin	Sanbe farma Hexfarma Bernofarma	R B	Tab 500 mg Syrup 125 mg/5ml	F F		10 hari 1btl/kasus
	Claneksi	Amoxycillin dan asam klavulanat	Sanbe Farma	R	Tab 500 mg	F		
3.3 ANTIBAKTERI GOLONGAN TETRACYCLIN								
1.	Doxycycline	Siclidon	Sanbe farma	R	Kaps 100mg	F		

NO.	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	FARMASI	KATEGORI BPJS (B)/REG (R)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	FORNAS (F) / NON FORNAS (NF)	FORMULARIUM NASIONAL	
							RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL
I	II	III	IV	V	VI	VI	VII	VIII
		Dohixat	Ifars	B	Kaps 100 mg	F		2 kaps/hari diberikan selama 10 hari
3.4 ANTIBAKTERI GOLONGAN FLUOROKUINOLON								
1.	Ciprofloxacin	Ciprofloxacin	Bernofarm	R/B	Tab 500 mg	F	Tidak boleh untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil dan ibu menyusui	Maks 10 hari
2.	Levofloxacin	Cravox	LAPI	R	Tab 500 mg	F	Tidak boleh untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil dan ibu menyusui	Maks 10 hari
3.5 ANTIBAKTERI GOLONGAN CHLORAMPHENICOL								
1.	Chloramphenicol	Chloramphenicol	Bernofarm	R/B	Caps 250 mg	F		4 kaps/hari selama 5 hari
3.6 ANTIBAKTERI GOLONGAN SULFONAMIDE								
1.	Kotrimoksazol	Sanprime forte	Sanbe farma	R	Tab 800 mg sulfametoksazole / 160 mg trimetoprim	F		4 tab/hari selama 10 hari kecuali kasus immunocompromised selama 21 hari
		Primadex Forte	Bernofarm	B	Tab 800 mg sulfametoksazole / 160 mg trimetoprim	F		4 tab/hari selama 10 hari kecuali kasus immunocompromised selama 21 hari
3.7 ANTIBAKTERI GOLONGAN LAIN- LAIN								
1.	Metronidazole	Metronidazole	Bernofarm	R/B	Tab. 500 mg	F		Untuk infeksi akibat bakteri anaerob dapat diberikan maksimal
2.	Meropenem	Meropenem	Hexfarma	R/B	Inj. 1000mg (intra vena)	F	Antibiotik lini ketiga harus persetujuan tim PPRA	Terapi empiris diberikan 1-3 g/hari selama 3 hari dengan kultur bakteri, setelah hasil didapatkan maka harus di deskalasi ke spektrum sempit berdasarkan hasil kultur
3.	Vankomycin	Vancef	Fahrenheit	R/B	Inj 500 mg	F	Apabila pemberian dengan rute intra vena maka harus persetujuan tim PPRA	Maksimal 10 hari/kasus
ANTIVIRUS								
1.	Acyclovir	Acyclovir	Hexfarma	R/B	Tab 400 mg	F		-
			Bernofarma		Tab 400 mg	F		-
2.	Valacyclovir	Valciron	Ferron	R	Tab 500 mg	F		-

NO.	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	FARMASI	KATEGORI BPJS (B)/REG (R)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	FORNAS (F) / NON FORNAS (NF)	FORMULARIUM NASIONAL	
							RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL
I	II	III	IV	V	VI	VI	VII	VIII
		Valacyclovir	Novell	B	Tab 500 mg	F		-
ANTIFUNGAL								
1.	Itraconazole	Sporacid	Ferron	R	Kap 100 mg	F		-
		Itraconazole	Bernofarm	B	Kaps 100 mg	F		-
2.	Ketokonazole	Ketokonazole	Hexapharma	R/B	Tab 200 mg	F		30 tab/kasus
PENGGHAMBAT VEGF								
1	Bevamet	bevacizumab	Metiska Farma	B	Vial 100mg/4ml	NF		-
2.	Avamab	bevacizumab	Kalbe farma	B	Vial 100mg/4ml	NF		-
3.	Avastin	Bevacizumab	Roche	R	Vial 100mg/4ml	NF		-
4.	Eylea	Alibercept	Bayer	R	Vial 2mg/0.05 ml	NF		-
5.	Patizra	ranibizumab	Novartis	R	Vial 10mg/ml	F		-
6	Vabismo	Faricimab	Roche	R	Vial 6mg/0.05 ml	NF		-
VITAMIN NEUROTROPIK								
1.	Citicholin	Cendo choline	Cendo	R	Tab 500 mg	NF		-
		RG Choline	Kalbe farma	R	Tab 1000mg, syrup 500mg/5ml	NF		-
2.	Mecobalamin	Lapibal	LAPI	R	Kaps 500 mg	NF		-
		Megabal	Sanbe farma	R	Inj 500 mcg/ml	NF		-
		mecobalamin	Bernofarm	B	Inj 500 mcg/ml	NF		-
VITAMIN MATA								
1.	Lutein 3 mg, Zeaxanthin 0.25 mg, Astaxanthin 2 mg, Beta carotene 5 mg, Vit E 40 mg	TGF Cendo	Cendo	R	Tab	NF		-
2.	Tiap tablet salut selaput mengandung : Bilberry dry extract 80 mg ; Retinol 1600 I.U. ; Beta karoten 5 mg ; Vitamin E 50 mg ; Lutein 250 mcg ; Zeaxanthin 67 mcg ; Selenium 15 mcg ; Zinc sulfat 5 mg.	Ophthalvit	LAPI	R	Tab.	NF		-
3.	Bilberry extract 80 mg, Lutein 5 mg & Zeaxanthin 1 mg	Nutri eye	Kalbe farma	R	Capsul	NF		-
4.	Betacarotene 5 mg, Vit C 100 mg, Vit E 60 mg, Zn 10 mg, Cu 1.5 mg, Se 55 mcg, Lutein Ester 30 mg, Lycopene 2 mg, Zeaxanthin 0.67 mg.	Retivit plus	Sanbe Farma	R	Tab	NF		-
5.	Mirtogenol 120 mg	Optimax for g	Ferron	R	Tab	NF		-

NO.	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	FARMASI	KATEGORI BPJS (B)/REG (R)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	FORNAS (F) / NON FORNAS (NF)	FORMULARIUM NASIONAL	
							RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL
I	II	III	IV	V	VI	VI	VII	VIII
6.	Omega 3 600mg (EPA 180mg dan DHA 120mg), Lutein 10mg Lycopene 2 mg	Optimax O3	Ferron	R	Tab	NF		
7.	Vitamin C 250 mg, Vitamin E 200 IU, Zinc 12,5 mg, Copper 1mg, Lutein 5 mg, Zeaxanthin 1 mg	Lumireds	Kalbe Farma	R	Tab	NF		-
8.	Asam Askorbat	Asam Askorbat (Vitamin C)	Kimia farma	B	Tab	F		
MULTIVITAMIN								
1.	Vit B Komplek + Vit C	Becom C	Sanbe farma	R	Tab.	NF		-
ELEKTROLIT DAN MINERAL								
1	K-Aspartat	KSR	Merck	R/B	Tab	F		-
ANTIFIBRINOLITIK								
1	Asam traneksamat	Plasminex Asam traneksamat	Sanbe farma Hexfarma	R R/B	Tab 500 mg Inj 100mg/ml	F	Untuk pendarahan masif	-
ANTIHIPERTENSI								
1.	Amlodipin	Amlodipin	Bernofarm Hexapharm	R/B R/B	Tab 5mg; tab10 mg Tab 5mg; tab 10 mg	F F		30tab/bulan 30tab/bulan
2.	Candesartan	Candesartan	Bernofarma	R/B	tab 16 mg	F	Hanya untuk pasien intoleransi terhadap ace inhibitor	30 tab/bulan
3.	Bisoprolol	Bisoprolol	bernofarma	R/B	Tab 5 mg	F	Hanya untuk pasien gagal jantung kronis	30 tab/bulan
4.	Captopril	Captopril	Bernofarma	R/B	Tab 25 mg	F		90 tab/bulan
5.	Nifedipin	Nifedipine	Dexa medica	B	Tab 10 mg			90 tab/bulan
ANTIDIABETES								
1.	Glimepiride	Glimepiride	Bernofarma	R/B	tab 2mg; tab 3mg; tab 4mg	F		60 tab/bulan
2.	Metformin	Metformin	Bernofarma	R/B	Tab 500 mg	F		120 tab/bulan
3.	Glibenclamide	Glibenclamide	Bernofarma Hexfarma	R/B R/B	Tab 5mg			
4.	Insulin glulisin	Apidra	Sanofi	R/B	100 unit/ml	F		
5.	Insulin garglin	Lantus	Sanofi	R/B	100 unit/ml	F		
6.	Pioglitazone	Pioglitazone	Bernofarma Hexfarma	R/B	Tab 15mg	F	Tidak diberikan pasien dengan riwayat gagal jantung	30 tab/bulan
7.	Acarbose	Acarbose	Bernofarma Hexfarma	R/B	Tab 50 mg	F		90 tab/bulan

NO.	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	FARMASI	KATEGORI BPJS (B)/REG (R)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	FORNAS (F) / NON FORNAS (NF)	FORMULARIUM NASIONAL	
							RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL
I	II	III	IV	V	VI	VI	VII	VIII
GASTROINTESTINAL								
1.	Domperidone	Domperidone	Bernofarma	R/B	Tab. 10 mg	F		-
2.	Ranitidin	Ranitidin	Bernofarma	R/B	Tab. 150 mg Inj 25 mg/ml	F		30 tab/bulan 2amp/hari
3.	Granisetron	Granovel	Novell	R	Granisetron 1mg.ml	NF		-
4.	Ondansetron	Ondansetron	Novell	R/B	Inj 4 mg/ml; Inj 8 mg/ml			
5.	Omeprazole	Omeprazole	Bernofarma	R/B	Kaps 20 mg	F	(a) Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum, dan refluks esofagitis. (b) Diberikan 1 jam sebelum makan.	30 kaps./bulan
		Omeprazole	Bernofarma	R/B	Inj.40 mg/ml	F	Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna.	1-3 amp/hari, maks. 3 hari
6.	Metoclopramide	Tomit	Interbat	R	Inj. 5 mg/mL	F		
ANTI GLAUKOMA								
1.	Acetazolamide 250 mg	Glaucion	Cendo	R/B	Tab	F	a. Tidak diberikan dalam jangka panjang b. Hati-hati pemberian pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal c. Sebagai penanganan awal dan sementara di Puskesmas pada pasien glaukoma atau sebelum dirujuk.	50 tab/bulan untuk glaukoma akut : 1 minggu
		Glauset	Sanbe farma	R/B	Tab	F		
2.	Gliserin	Gliserin	Brataco	R/B	Lar.50%	F		
OBAT TETES MATA DAN SALEP MATA								
A. ANTIINFEKSI								
1.	Tobramycin 3 mg Dexamethasone sodium phosphate™ Dexamethasone 1 mg	Tobroson Bralifex	Cendo Sanbe farma	R/B	Botol, minidose, Eye ointment	F	Hanya digunakan untuk operasi intraokular, keratitis, operasi katarak dan infeksi berat.	-

NO.	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	FARMASI	KATEGORI BPJS (B)/REG (R)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	FORNAS (F) / NON FORNAS (NF)	FORMULARIUM NASIONAL	
							RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL
I	II	III	IV	V	VI	VI	VII	VIII
2.	Levofloxacin HCl~Levofloxacin 5mg/ml	LFX Cravit	cendo meiji	R/B R	Minidose Botol	F	Pada pasien yang resisten terhadap quinolon dengan kasus ulkus kornea post operasi mata.	-
3.	Ofloxacin 3 mg/ml	Floxa	Cendo	R	minidose	F		-
4.	Sulfacetamide sodium 150 mg/ MI	Albuvit	Cendo	R/B	botol	NF		-
5.	Tobramycin 3 mg/ml	Tobro	Cendo	R/B	Minidose	F		-
6.	Gatifloxacin sesquihydrate 3mg/ml	Gaforin Giflox	Sanbe farma cendo	R/B R/B	Botol minidose	NF		-
7.	Moxifloxacin 5mg/ml	Molcin Moxidrop Moxifloxacin XIFLOX MD	Ferron Kalbe farma Ferron Cendo	R R/B B R	Botol Botol Botol Minidose	F		-
8.	Polymyxin B sulfat 10,000 IU, Neomycin Sulfat 2,5 mg, Gramicidin 0,025 mg	Polygran	Cendo	R/B R/B	Minidose Eye ointment	NF		-
9	Fluorometholone 1 mg, Neomycin sulphate 5 mg	Polynel	Cendo	R/B	Minidose, botol	NF		-
10.	Polymyxin B sulfate 16.250 IU; Neomycin sulphate 5 mg Phenylephrine HCl 1,2 mg	Statrol	Cendo	R/B	Minidose	NF		-
11.	Dexamethason 1 mg, Neomycin sulfat ~ Neomycin 3,5 mg; Polymyxin B Sulfat 10,000 IU	Xitrol	Cendo	R/B	Minidose, Eye ointment	NF		-
12.	Hydrocortisonesodium phosphate 5 mg; Chloramphenicol 2 mg	Mycos	Cendo	R/B	minidose Eye ointment	NF		-
13.	Gentamicin sulfat~Gentamicin 3 mg/g	Gentamycin	Cendo	R/B	Eye ointment	NF		-
14.	Chloramphenicol 5 mg/ml	FENICOL 0,5%	Cendo	R/B	Botol	NF		-
15.	Chloramphenicol 10 mg, Polymyxin B sulfat 5000 IU	MYCETINE	Cendo	R/B	Eye ointment	NF		-
B. OBAT KATARAK								
1.	Potassium Iodide 5 mg/ ml	Catarlent	Cendo	R	Botol	NF		-

NO.	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	FARMASI	KATEGORI BPJS (B)/REG (R)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	FORNAS (F) / NON FORNAS (NF)	FORMULARIUM NASIONAL	
							RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL
I	II	III	IV	V	VI	VI	VII	VIII
2.	Pirenoxine 0.05 Mg/ml	Lentikular	Cendo	R	Minidose	NF		-
3.	Sodium iodide 10 mg; Potassium iodide 5 mg	Vitrolenta	Cendo	R/B	Botol	NF		-
C. ANTIGLAUKOMA								
1.	Latanoprost 0.05mg/ml	Lanosan	Sanbe farma	R	Botol	F	Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respon pada timolol.	1 btl/bulan
		Lacoma	Ferron	R	Botol	F		
		Glaopen	Cendo	R/B	Minidose	F		
		Latanoprost	Ferron	B	Botol	F		
2.	Timolol maleate~ Timolol 5 mg/ml	Timol 0,5%	Cendo	R/B	Botol, minidose	F		2 btl/bulan
		Timolol maleate~ Timolol 5 mg/ml	Ferron	B	Botol	F		
3.	Timolol maleate~ Timolol 2,5 mg/ml	Timol 0,25%	Cendo	R	Botol	F		2btl/bulan
		Timol 0,25%		B	Minidose			
4.	Betaxolol HCl~Betaxolol 0,5%	Tonor 0,5%	Cendo	R/B	Botol, minidose	F		1 btl/kasus
5.	Brinzolamide 10 mg	Glopac	Cendo	R	Botol	F		1btl/kasus
6.	Brinzolamide 10 mg + Brimonidine 2 mg	Simbrinza	Novartis	R	Botol	F		
7.	Brinzolamide 10 mg + timolol maleate 6,8 mg	Glopac plus	Cendo	R	Botol	F		-
8.	Latanoprost 50mcg + Timolol maleate 5mg	Lamofer	Ferron	R	Botol	F		1btl/bulan
		Glauplus	cendo	R	minidose	F		
9.	Tafluprost 0,0015%	Taftotan	Meiji	R	Botol	F	Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respon dengan timolol.	1 btl/bulan
10.	Tafluprost 0,0015% + Timolol 0,5%	Tapcom	Meiji	R	Botol	F	Hanya untuk pasien glaukoma.	1 btl/bulan
D. ANTIALERGI								
1.	Olopatadine hydrochloride 1,15 mg~ Olopatadine 1,00 mg	Patacen	Cendo	R	Minidose	F	Tidak untuk profilaksis alergi.	-
2.	Pemirolast Potassium (1mg/ml)	Alegysal	Meiji	R	Botol	NF		-
3.	Sodium cromoglycate 20 mg/ ml	Conver	Cendo	R/B	Botol	NF		-

NO.	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	FARMASI	KATEGORI BPJS (B)/REG (R)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	FORNAS (F) / NON FORNAS (NF)	FORMULARIUM NASIONAL	
							RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL
I	II	III	IV	V	VI	VI	VII	VIII
4.	NaphazolineHCl 1 mg	Vasacon	Cendo	R	Minidose	F		
5.	Antazoline HCl 2,5 mg; NaphazolineHCl 1 mg	Vasacon A	Cendo	R/B B	Botol, minidose Minidose	NF		-
6.	Naphazoline hydrochloride 0,25 mg; Pheniramine maleate 3 mg	Vernacel	Cendo	R/B	minidose	NF		-
E. ANTIINFLAMASI NON KORTIKOSTEROID								
1.	Diclofenac sodium 1 mg/ml	Noncort	Cendo	R/B R	Botol Minidose	F F		-
		Flamar	Sanbe farma	R/B	Botol	F		-
2.	Ciclosporin 0,1% (1mg/ml)	Ikervis	Meiji	R	Minidose	NF		-
3.	Fluorometholone 1 mg	Ocuflam	Sanbe farma	R	Botol	F		-
		Kalmetolone	Kalbe farma	R	Botol	F		-
		Flumetholone	Meiji	R	Botol	F		-
		Posop	Cendo	R/B	Botol	F		-
4.	Sodium chloride 50 mg/ml	Siloxan	Cendo	R/B	Botol	F	Untuk mengatasi edema kornea pada pasien post operasi katarak	--
5.	Nepafenac	llevro	Novartis	R	Botol	NF		-
F. ANTIINFLAMASI KORTIKOSTEROID								
1.	Prednisolone acetate 10 mg/ml	P-Pred	Cendo	R/B B	Botol,minidose Minidose	F F		-
G. ANTIFUNGAL								
1.	Natamycin 50 mg/ml	Natacen	cendo	R/B	minidose	F	Hanya untuk kasus keratomikosis.	-
H. ANTIVIRUS								
1.	Acyclovir 30 mg/g	Hervis	cendo	R/B	Eye ointment	F	Hanya untuk kasus keratitis herpetiformis.	-
I. ASTHENOPHIA								
1.	Oxymethazoline hydrochloride 0,25 mg	Asthenof	Cendo	R	Botol, minidose	F		-
				B	Botol			
J. DRY EYE								
1.	Carmellose sodium 5mg/ ml	Cenfresh	Cendo	R	Botol,minidose	F		-
2.	Hypromellose 3 mg; Dextran 70 1 mg	Eyefresh	Cendo	R	Minidose	NF		-
3.	Potassium chloride 0.80 mg; Sodium chloride 4,4 mg	Lyters	Cendo	R	Botol , minidose	F		-
				B	Botol			
4.	Polyvinylpyrrolidone 20 mg/ml	Protagenta	Cendo	R/B	minidose	NF		-
5.	Sodium Hyaluronat 1mg/ml	Hyalub	Cendo	R	Minidose	F		-
		Hiallid	Meiji	R	Botol	F		-
6.	Diquafosol 3%	Diquas	Meiji	R	Botol	NF		-

NO.	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	FARMASI	KATEGORI BPJS (B)/REG (R)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	FORNAS (F) / NON FORNAS (NF)	FORMULARIUM NASIONAL	
							RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL
I	II	III	IV	V	VI	VI	VII	VIII
7.	Vitamin A Palmitate 10mg/g	Oculenta	cendo	R	Eye ointment	F		-
8.	Hp - Guar+ Sodium Hyaluronate	Systane hydration	Alcon	R	Botol	F		-
9.	Hp - Guar	Systane ultra 10 ml	Alcon	R	Botol	NF		-
10.	Sodium hyaluronate 0.15%, Vitamin A, Vitamin B, β - glucan	Navitae	Kalbe	R	Botol	F		-
11.	Sodium Hyaluronate 0.3%, P-Plus (PEG 400), Vitamin B12, Electrolyte	Vision lux	Kalbe	R	Botol	F		-
12.	Hypromellose 20 mg/ml	Lubricen	Cendo	R/B	Minidose	NF		-
13.	Sodium Hyaluronat 1mg/ml	Hyalub Pluridose	Cendo	R	Botol	F		-
14	Dextram 70.1 mg, Hypromellose 3 mg	Sanbe tears	Sanbe	B	Botol	NF		-
K. MIDRIATIKUM								
1.	Homatropin hydrobromide 20.00 mg	Homatro	Cendo	R/B	Botol	F		1 btl/kasus
2.	Atropine sulfat 5 mg/ml	Tropin 0,5%	Cendo	R/B	Minidose	F		-
3.	Atropine sulfat 10 mg/ml	Tropin 1%	Cendo	R/B	Botol,minidose	F		-
L. LAIN-LAIN								
1.	Disodium edetate 3,5 mg/ ml	EDTA	Cendo	R/B	Botol	F		-
M. DIAGNOSTIK								
1.	Tropicamide 10mg/ml	Mydriatil 1%	Cendo	R/B	Botol,minidose	NF		-
2.	Cyclopentolate HCl 10 mg/ ml	Cyclon	Cendo	R/B	Botol	F	Hanya digunakan sebagai midriatikum untuk diagnostik dan operasi yang memerlukan dilatasi pupil.	-
3.	Fluorescein sodium ~ Fluorescein 20 %	fluorescein	Cendo	R/B	Botol	F		-
4.	Tetracain HCL 0,5%	Pantocain 0,5 %	Cendo	R/B	Botol	F		-
5.	Tetracaine hydrochloride 20 mg/ml	Pantocain 2%	Cendo	R/B	Botol	NF		-
N. ANTIANSIETAS								
1.	Diazepam	Valisanbe	Sanbe farma	R/B	Tab	F		-
					Inj 5ml/ml	F	epilepsi	Maksimal 10mg/kasus

NO.	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	FARMASI	KATEGORI BPJS (B)/REG (R)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	FORNAS (F) / NON FORNAS (NF)	FORMULARIUM NASIONAL	
							RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL
I	II	III	IV	V	VI	VI	VII	VIII
2.	Estazolam	Esilgan	Takeda	R/B	Tab	NF		-
O. ANASTESI LOKAL								
1.	Ropivacain	Naropain		R/B	Inj. 7,5 mg/mL	F		-
2.	Lidocain HCl 2%	Lidocain HCl 2%	Bernofarma	R/B	Inj. 2%, amp.	F		-
P. ANASTESI UMUM								
1.	Isoflurane	Isoflurane	Novell	R/B	Lar. ih 100 mL (gas dalam tabung), 250 mL	F		-
2.	Propofol	Recofol	Dexa medica	R/B	Inj. 1% i.v. bolus (20 mL, 50 mL; 20 mg/mL (50 mL)	F		-
3.	Sevoflurane	Sevoflurane baxter	Novell	R/B	Cairan ih (gas dalam tabung), Lar. 250 mL	F		-
Q. RELAKSAN OTOT PERIEFER DAN PENGHAMBAT NEUROMUSKULAR								
1.	Atracurium	Tramus 1 %	Dexa medica	R/B	Inj. 25 mg/ 2,5 mL	F	Hanya untuk tindakan anestesi dan pasien ICU yang memerlukan karena menggunakan ventilator.	
2.	Neostigmin	Neostigmin	Ethica farma	R/B	Inj. 0,5 mg/mL	F		
3.	Rocuronium	Rocuronium	Dexa medica	R/B	Inj. i.v. 10 mg/mL	F		
R. LAIN-LAIN								
1.	Succus liquiritiae 100 mg, paracetamol 120 mg, Amonium cholride 50 mg, pseudoefedrin HCL 7,5 mg, chlorpheniramine maleat 1 mg	OBH SYRUP ANAK (BATUK, PILEK, PANAS)	Combiphar	B	Syr 100ml	NF		
2.	Amiodaron	Tiaryt	fahrenheit	R/B	Tab. 200 mg	F		30 tab/bulan
3.	Atorvastatin	Atorvastatin	Bernofarm	R/B	Tab 20 mg	F	Jika setelah pemberian simvastatin selama 3 bulan berturut-turut pasien tidak mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak; dan	30 tab/bulan
4.	Irbesartan	Irbesartan	Bernofarm	R/B	Tab 300 mg	F	Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya	30 tab/bulan

NO.	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	FARMASI	KATEGORI BPJS (B)/REG (R)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	FORNAS (F) / NON FORNAS (NF)	FORMULARIUM NASIONAL	
							RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL
I	II	III	IV	V	VI	VI	VII	VIII
							sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya	
5.	Furosemide	Furosemide	Yarindo	R/B	Tab 40 mg			90 tab/bulan
6.	Blephacem	Wipes	Cendo	R	-	-		

BAB V
PENUTUP

Demikian Formularium Obat Tahun 2025 ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan bagi rumah sakit dalam pemberian obat kepada pasien. Formularium yang disusun oleh Komite Farmasi dan Terapi merupakan pedoman pemilihan dan penggunaan obat yang paling bermanfaat bagi pasien dan akan mendorong penggunaan obat yang rasional di RS Mata Undaan Surabaya. Adanya formularium di rumah sakit diharapkan dapat menyederhanakan persediaan obat, membatasi penggunaan obat yang tidak perlu dan meningkatkan efisiensi biaya pengobatan. Diharapkan dengan tersusunnya formularium obat di rumah sakit, akan memberikan sumbangan terhadap peningkatan mutu pelayanan kesehatan di RS Mata Undaan Surabaya.

Ditetapkan di Surabaya








Pada tanggal 29 Februari 2025

Direktur, <



dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp. M (K)

KONSEP VERBAL NASKAH DINAS

Judul Naskah :	Draft SK DIREKTUR FORMULARIUM TAHUN 2025	
Diajukan Oleh :	(TANGGAL + PARAF)	Nomor : 225/KEP/DIR/RSMU/11/2025
Diselesaikan Oleh : SHARAH MD	17/2 25  (TANGGAL + PARAF)	Catatan:
Diperiksa Oleh :	 18/2 25 (TANGGAL + PARAF)	
Terlebih Dahulu :	MEMBACA dan CATATAN	
1. Bagian Terkait GM Jangmed	18/2 2025  (TANGGAL + PARAF)	Suzal meklu.
2. GM Umum dan HRD	 21/2 25 (TANGGAL + PARAF)	
3. Wadir Umum dan Keuangan	 21/2 25 (TANGGAL + PARAF)	Buat versi pag. ext. layout ukur A5
4. Wadir Pelayanan Medis	 21/2 25 (TANGGAL + PARAF)	
Ditetapkan : Direktur,	21/2/25  (TANGGAL + PARAF)	