Checklist Kegawatdaruratan Stroke di IGD

Triase, kedaruratan, reperfusi, dan penentuan disposisi (ICU / rawat inap / rujuk / rawat jalan) untuk pasien suspek stroke dan TIA dewasa. Acuan utama: PNPK Tata Laksana Stroke 2026 (KMK HK.01.07/MENKES/304/2026).

Tanda sumber: tanpa tanda = PNPK 2026 (nomor halaman di Lampiran A) | ‡ = PNPK 2019, tidak dimuat ulang di PNPK 2026 | † = literatur internasional (AHA/ASA, ESO), tidak diatur PNPK 2026

Nama		No. RM		Umur / JK		BB (kg)	
Tgl & jam tiba		**Jam terakhir terlihat normal (LKW)**		Sumber info		Dokter jaga	

Target waktu	Pintu → CT/MRI-DWI	Penanganan di IGD (pintu → terapi)	Keputusan rujuk → berangkat	Antihipertensi IV (ICH)
Nilai	≤ 20 menit (kandidat reperfusi)	< 1 jam	≤ 30 menit	Mulai < 2 jam; target ≤ 1 jam
Tercatat (jam)				

LANGKAH 1 — KENALI & AKTIFKAN TIM STROKE (menit 0-5)

- ☐ Gejala stroke mendadak (kampanye **SEGERA KE RS**): kelemahan/kesemutan sesisi, gangguan bicara/berbahasa, menelan, penglihatan, pendengaran, nyeri kepala hebat, muntah, kejang, penurunan kesadaran. Tambahan skrining **BE-FAST**† membantu mengenali stroke sirkulasi posterior.
- ☐ Catat **LKW** (jam terakhir diketahui normal), bukan jam ditemukan. Onset < 24 jam = **hiperakut**: masih dalam jendela reperfusi, tangani tim stroke tanpa penundaan.
- ☐ Aktifkan tim stroke multidisiplin: DPJP Sp.N, radiologi/CT, laboratorium; bila RS tanpa kemampuan reperfusi, hubungi RS rujukan sejak awal (telestroke bila tersedia).
- ☐ Anamnesis cepat: antikoagulan (warfarin/DOAC, jam dosis terakhir), antiplatelet, insulin/OAD, trauma kepala, kejang saat onset, operasi/perdarahan baru, kehamilan, status fungsional pra-stroke.

LANGKAH 2 — STABILISASI & PEMERIKSAAN DASAR (menit 0–10)

- ☐ **Airway/Breathing/Circulation**: jaga jalan napas, oksigenasi, ventilasi, perfusi. Intubasi bila penurunan kesadaran, risiko aspirasi, atau gagal menjaga jalan napas.
- ☐ **Oksigen** bila SpO_2 < 95%; koreksi hipoksia dan hipovolemia. Hindari hipotensi, hipoventilasi, anoksia.
- ☐ **Akses IV**. Kristaloid hanya bila dehidrasi, pra-syok, atau syok. Hindari cairan glukosa/dekstrosa kecuali hipoglikemia. Jangan menurunkan TD secara agresif.
- ☐ **GDS wajib sebelum trombolisis**. Hipoglikemia: koreksi dengan dekstrosa (mis. D40% 25 mL‡) dan ulang GDS; hiperglikemia > 180 mg/dL: insulin, target 140–180 mg/dL†.
- ☐ **EKG 12 sadapan** wajib (tidak boleh menunda reperfusi) + monitor jantung 24 jam pertama. Troponin bila curiga infark miokard (hasilnya tidak boleh menunda trombolisis).
- ☐ Lab rutin IGD: darah rutin (Hb, leukosit, trombosit), ureum, kreatinin. *Opsional*: PT/aPTT/INR, fibrinogen, elektrolit, troponin/CK-MB. Lab tidak boleh menunda trombolisis (koagulasi menjadi wajib bila memakai antikoagulan atau curiga koagulopati).
- ☐ Skor awal: **NIHSS** ___ **GCS** E__ V__ M__ Pupil: ka ___ mm / ki ___ mm, refleks cahaya _____ Suhu ___ °C
- ☐ Puasakan (NPO) termasuk obat oral sampai **skrining disfagia** sederhana lulus; jangan memberi antiplatelet/antikoagulan sebelum CT.

LANGKAH 3 — TANDA KEDARURATAN (RED FLAG). Satu ✓ = resusitasi + konsultasi segera (Sp.N/Sp.BS/ICU); bila RS tidak mampu, rujuk

- ☐ GCS ≤ 8, atau turun ≥ 2 poin selama observasi†
- ☐ Tanda herniasi: anisokor, GCS turun cepat, triad Cushing (hipertensi, bradikardia, napas ireguler)
- ☐ Gagal napas, hipoksia, aspirasi, disfungsi bulbar berat
- ☐ Kejang berulang / status epileptikus
- ☐ Nyeri kepala hebat mendadak (*thunderclap*), kaku kuduk, muntah (curiga PSA)
- ☐ Curiga oklusi pembuluh besar (LVO): NIHSS ≥ 6, deviasi konjugat, afasia/neglek, hemiplegia berat, LKW ≤ 24 jam
- ☐ Curiga oklusi basiler: penurunan kesadaran, tetraparesis, diplopia, ataksia/disartria berat
- ☐ ICH dengan TDS > 200 atau MAP > 150 mmHg; atau hipotensi/syok
- ☐ Iskemik dengan komorbid yang menuntut TD diturunkan segera: SKA, gagal jantung akut, diseksi aorta, preeklampsia/eklampsia, hipertensi ensefalopati
- ☐ Sedang memakai antikoagulan dan dicurigai perdarahan intrakranial
- ☐ Perburukan cepat defisit neurologis (NIHSS bertambah ≥ 4)†
- ☐ Kandidat reperfusi: onset < 4,5 jam, atau curiga LVO ≤ 24 jam (time is brain)

LANGKAH 4 — PENCITRAAN & KLASIFIKASI

- ☐ **CT kepala non-kontras** (atau MRI-DWI) ≤ 20 menit sejak tiba pada kandidat trombolisis/trombektomi. CT normal fase awal tidak menyingkirkan iskemia.
- ☐ RS tanpa kemampuan reperfusi tetap wajib menerima, menstabilkan, dan melakukan CT; setelah perdarahan disingkirkan, **rujuk sedini mungkin** tanpa menunggu pemeriksaan lanjutan (*drip and ship* / *drip and drive*; telestroke bila tersedia).
- ☐ **CTA** bila curiga LVO (terutama NIHSS ≥ 6) atau kandidat trombektomi; **CT perfusi** bila datang > 6 jam, 6–24 jam, atau onset tidak jelas. Pencitraan multimodal tidak boleh menunda reperfusi.
- ☐ Tersingkir stroke mimic: hipoglikemia, kejang/paresis Todd, migren dengan aura, sinkop, sepsis/ensefalopati metabolik, tumor, hematoma subdural, gangguan fungsional.

Hasil CT	Iskemik / CT normal	Perdarahan intraserebral (ICH)	Perdarahan subaraknoid (PSA)	Lain-lain
Tandai	☐ → Langkah 5	☐ → Langkah 6B	☐ → Langkah 6C	☐ _____

LANGKAH 5 — STROKE ISKEMIK: PENILAIAN TERAPI REPERFUSI

Jendela (sejak LKW)	Pilihan terapi	Syarat kunci (PNPK 2026)	☐
< 4,5 jam	**Trombolisis IV (IVT)**: alteplase 0,9 mg/kgBB (maks 90 mg; 10% bolus 1 menit, sisa infus 60 menit) **atau** tenecteplase 0,25 mg/kgBB (maks 25 mg) bolus tunggal	Defisit **bermakna (disabling)**, berapa pun NIHSS; tanpa perdarahan; TD < 185/110 mmHg. Defisit non-disabling: IVT tidak dianjurkan	☐
4,5–9 jam	IVT (alteplase) dapat dipertimbangkan, di RS dengan pencitraan lanjutan	Penumbra pada CT/MR perfusi. Di atas 4,5 jam IVT **tidak** diberikan bila hanya ada CT non-kontras	☐
Wake-up / onset tak diketahui	IVT alteplase; tenecteplase bila seleksi perfusi	Mismatch DWI–FLAIR pada MRI, atau kriteria perfusi	☐
4,5–24 jam, LVO tak dapat EVT	Tenecteplase 0,25 mg/kgBB dapat dipertimbangkan	Jaringan dapat diselamatkan pada pencitraan perfusi	☐
≤ 24 jam, oklusi ICA intrakranial/M1	**Trombektomi (EVT)**; IVT tetap diberikan bila layak (bridging), dimulai bersamaan dengan persiapan angiografi; jangan menunggu respons IVT	Usia ≥ 18 th; mandiri pra-stroke (mRS 0–1); defisit disabling (mis. NIHSS > 5); oklusi dapat dijangkau; volume infark dinilai dengan CT+CTA kolateral, CTP, atau MRI. ASPECTS ≥ 6 = inti kecil	☐
0–24 jam, inti infark besar	EVT	ASPECTS 3–5 (70–149 mL), mRS 0–1, NIHSS 6–30; usia 18–85 (> 85 dapat bermanfaat). 0–6 jam: ASPECTS 0–5 usia 18–80. ASPECTS 0–2: manfaat belum pasti, tidak rutin	☐
≤ 24 jam, oklusi basiler	EVT	NIHSS ≥ 10, PC-ASPECTS ≥ 6, mRS 0–1 (NIHSS 6–9 dapat dipertimbangkan)	☐
0–6 jam, M2 proksimal dominan	EVT dapat dipertimbangkan	NIHSS ≥ 6, ASPECTS ≥ 6. M2 non-dominan dan oklusi distal (M3, A2–A3, P2–P3): tidak rutin	☐

Tidak mendapat IVT (termasuk defisit non-disabling): aspirin 160–325 mg dalam 24–48 jam setelah onset (setelah CT menyingkirkan perdarahan). Stroke minor (NIHSS < 5) atau TIA: **DAPT** aspirin + klopidogrel dimulai dalam 24 jam, selama 21 hari, lalu monoterapi; alternatif ticagrelor 180 mg lalu 2×90 mg + aspirin selama 30 hari. Pasien kandidat EVT, baik sudah IVT maupun belum, **harus dirujuk** ke RS dengan fasilitas trombektomi.

5a. Skrining kontraindikasi IVT‡ (✓ bila ADA; satu ✓ = diskusikan dengan Sp.N, umumnya tidak diberikan). PNPK 2026 tidak memuat daftar ini dalam teks (mengacu ke algoritma Gambar 2), sehingga dipakai daftar PNPK 2019.

- ☐ Perdarahan intrakranial pada CT / riwayat ICH
- ☐ Hipodens luas > 1/3 hemisfer (infark multilobar)
- ☐ Stroke iskemik atau cedera kepala berat ≤ 3 bulan
- ☐ Operasi intrakranial/spinal ≤ 3 bulan
- ☐ Operasi mayor / trauma berat ≤ 2 minggu
- ☐ Perdarahan saluran cerna/kemih ≤ 3 minggu; perdarahan aktif
- ☐ Tumor intrakranial intra-aksial
- ☐ Gejala curiga PSA, endokarditis infektif, atau diseksi aorta
- ☐ TD tetap > 185/110 mmHg meski sudah diterapi
- ☐ GDS < 50 atau > 400 mg/dL (koreksi dulu, nilai ulang)
- ☐ Trombosit < 100.000/mm^3
- ☐ INR > 1,7; PT > 15 detik; aPTT > 40 detik
- ☐ Heparin ≤ 48 jam (aPTT memanjang) / LMWH dosis terapi ≤ 24 jam
- ☐ DOAC ≤ 48 jam terakhir†
- ☐ Pungsi arteri tak terkompresi / pungsi lumbal ≤ 1 minggu
- ☐ Infark miokard ≤ 3 bulan / perikarditis pasca-infark
- ☐ Kejang saat onset dengan defisit post-iktal
- ☐ Kehamilan (keputusan individual bersama Sp.N dan Sp.OG)†

5b. Bila IVT diberikan

- ☐ Persetujuan tertulis pasien/keluarga. Jam bolus: _____ Obat: alteplase / tenecteplase Dosis total: ____ mg (BB ____ kg)
- ☐ Sebelum IVT TD < 185/110 mmHg dengan antihipertensi IV kerja singkat (mis. nikardipin 5 mg/jam, naik 2,5 mg/jam tiap 5–15 menit, maks 15 mg/jam‡). Bila tetap > 185/110 → IVT tidak diberikan. Setelah IVT pertahankan < 180/105 mmHg.
- ☐ Pemantauan neuro tiap 15 menit selama infus, tiap 30 menit selama 6 jam, lalu tiap jam sampai 24 jam‡. Perburukan, nyeri kepala hebat, muntah, atau TD melonjak → hentikan infus, CT segera.
- ☐ Aspirin dan antikoagulan **ditunda 24 jam** setelah IVT (kecuali penundaan berisiko); CT/MRI ulang sebelum memulai antitrombotik.
- ☐ Kandidat EVT di RS tanpa fasilitas: **drip-and-ship**, rujuk tanpa menunggu respons IVT; TD dijaga ≤ 180/105 mmHg selama dan 24 jam setelah EVT.

LANGKAH 6 — TATA LAKSANA AWAL MENURUT TIPE STROKE

6A — ISKEMIK

Tanpa reperfusi
☐ Ada komorbid (SKA, gagal jantung akut, diseksi aorta, preeklampsia, dsb.): **turunkan TD segera**.
☐ Tanpa komorbid dan bukan kandidat IVT/EVT: TD tidak perlu diturunkan dalam 48–72 jam pertama. Bila ≥ 220/120 mmHg, turunkan ±15% dalam 24 jam†.
☐ Aspirin 160–325 mg dalam 24–48 jam (oral bila lulus skrining disfagia; bila tidak, lewat NGT).
☐ NIHSS < 5 / TIA: DAPT 21 hari. Stenosis intrakranial berat 70–99%: DAPT hingga 90 hari.
☐ Antikoagulan rutin tidak dianjurkan pada fase akut. AF: antikoagulan oral dapat dimulai ≤ 48 jam pada stroke ringan, hari ke-7 pada stroke sedang–berat.
☐ Neuroprotektan/antioksidan, hemodilusi, albumin dosis tinggi, pentoksifilin: **tidak** rutin.
☐ Edema desak ruang: manitol/salin hipertonik lini pertama; infark MCA maligna → dekompresi ≤ 48 jam (usia ≤ 60 th; > 60 th dipertimbangkan); infark serebelar menekan batang otak → kraniektomi suboksipital/ventrikulostomi.

6B — PERDARAHAN INTRASEREBRAL

ICH spontan
☐ Antihipertensi IV kerja singkat dimulai < 2 jam sejak onset, target tercapai ≤ 1 jam.
☐ TDS > 200 atau MAP > 150: turunkan segera, ukur tiap 5–15 menit.
☐ TDS > 180 / MAP > 130 + tanda TIK ↑: turunkan, pertahankan CPP 60–70 mmHg.
☐ TDS > 180 tanpa TIK ↑: target TDS 140–160; target intensif 140 mmHg dalam 1 jam aman. Hindari penurunan berlebihan.
☐ Obat: nikardipin, labetalol, diltiazem, esmolol (nitroprusid tercantum di PNPK).
☐ Cek PT/INR, aPTT, trombosit; hentikan antikoagulan. VKA INR ≥ 2: 4F-PCC (± FFP) + vitamin K 5–10 mg IV (< 1 mg/menit); INR 1,3–1,9: PCC. DOAC: PCC/FEIBA/rFVIIa, arang aktif bila minum < 2 jam, dabigatran dapat hemodialisis. Heparin/LMWH: protamin 10–50 mg IV dalam 1–3 menit. Hipofibrinogen: kriopresipitat.
☐ Glukosa: atasi hipoglikemia (< 40–60 mg/dL) dan hiperglikemia > 180–200 mg/dL.
☐ Konsultasi Sp.BS segera: ICH serebelar ≥ 15 mL, kompresi batang otak, hidrosefalus/IVH dengan kesadaran turun (EVD), supratentorial > 20–30 mL dengan GCS 5–12 (evakuasi minimal invasif).
☐ OAE profilaksis tidak dianjurkan; IPC sejak hari 1 (stocking tidak bermanfaat).

6C — PERDARAHAN SUBARAKNOID

PSA
☐ Nyeri kepala hebat ≤ 1 jam, sadar, tanpa trauma, usia > 15 th: **Ottawa SAH Rule**.
☐ CT non-kontras; bila negatif: pungsi lumbal. CTA untuk aneurisma; DSA bila inkonklusif.
☐ Nilai Hunt-Hess / WFNS.
☐ **Good grade (H-H 1–2)**: tirah baring kepala 30°, ruang tenang, O_2 2–3 L/menit bila perlu, hindari sedasi berlebih, akses IV, pantau ketat.
☐ **Poor grade (H-H 3–5)**: ABC, intubasi bila kesadaran turun/aspirasi; herniasi → intubasi segera + manajemen TIK; hidrosefalus akut → EVD.
☐ TD stabil dengan obat kerja singkat (labetalol, esmolol); TDS diturunkan bertahap < 160 mmHg (ringkasan: 140–160). Nitroprusid tidak dianjurkan.
☐ Nimodipin oral 60 mg 6×/hari, mulai dini, selama 21 hari.
☐ Reversal antikoagulan segera. Antifibrinolitik rutin tidak dianjurkan.
☐ Analgesik parasetamol (opioid hati-hati); **hindari aspirin**. Fenitoin tidak dianjurkan.
☐ **Rujuk segera** ke RS dengan Neuro-ICU/bedah saraf; coiling/clipping idealnya < 24 jam.

TATA LAKSANA UMUM SEMUA TIPE

☐ **Kejang**: obat antikejang bila kejang klinis atau terkonfirmasi EEG (mis. diazepam IV pelan 5–20 mg, lanjut OAE rumatan‡); kejang tak teratasi → ICU. Tidak ada OAE profilaksis pada ICH; pada PSA hanya bila risiko tinggi (aneurisma MCA, high grade, PSA + PIS, hidrosefalus).

☐ **Peningkatan TIK**: kepala 20–30°‡, normovolemia, hindari cairan hipotonik; osmoterapi manitol (0,25–0,50 g/kgBB‡) atau salin hipertonik sebagai jembatan ke tindakan definitif; hipotermia tidak rutin.

☐ **Demam**: parasetamol, cari sumber infeksi. **Glukosa**: hindari hipo- dan hiperglikemia.

☐ **Skrining disfagia** sederhana sebelum makan/minum/obat oral; keputusan nutrisi awal boleh berdasarkan skrining klinis; curiga disfagia → NGT.

ALAT SKOR PENDUKUNG KEPUTUSAN

ABCD^2 (TIA)†	Kriteria	Poin	☐
A — Age	Usia ≥ 60 tahun	1	☐
B — Blood pressure	TD ≥ 140/90 mmHg saat evaluasi pertama	1	☐
C — Clinical	Kelemahan unilateral	2	☐
	Gangguan bicara tanpa kelemahan	1	☐
D — Duration	≥ 60 menit	2	☐
	10–59 menit	1	☐
D — Diabetes	Diabetes melitus	1	☐
Total	Risiko stroke 2 hari: 0–3 = 1,0% | 4–5 = 4,1% | 6–7 = 8,1%	___	

ICH score†	Kriteria	Poin	☐
GCS	3–4	2	☐
	5–12	1	☐
Volume (ABC/2)	≥ 30 mL	1	☐
Perdarahan intraventrikel	Ada	1	☐
Asal infratentorial	Ya	1	☐
Usia	≥ 80 tahun	1	☐
Total	Mortalitas 30 hari: 0 = 0% | 1 = 13% | 2 = 26% | 3 = 72% | 4 = 97% | 5 = 100%	___	

PNPK 2026 tidak memuat skor risiko TIA maupun ICH score. ABCD^2 tidak boleh dipakai sendirian untuk memulangkan pasien (ESO 2021); alternatif untuk IGD: Canadian TIA Score. ICH score adalah alat stratifikasi dan komunikasi, bukan dasar tunggal membatasi terapi.

Hunt-Hess (PSA)	Gambaran klinis	☐
1	Asimtomatik atau nyeri kepala ringan, kaku kuduk ringan	☐
2	Nyeri kepala sedang–berat, kaku kuduk; tanpa defisit selain paresis saraf kranial	☐
3	Somnolen, bingung, atau defisit fokal ringan	☐
4	Stupor, hemiparesis sedang–berat, kemungkinan deserebrasi dini	☐
5	Koma dalam, deserebrasi, moribund	☐

Ottawa SAH Rule	☐
Usia ≥ 40 tahun	☐
Nyeri atau kaku leher	☐
Penurunan kesadaran yang disaksikan	☐
Onset saat aktivitas fisik	☐
Nyeri kepala *thunderclap* (puncak seketika)	☐
Fleksi leher terbatas pada pemeriksaan	☐

Hunt-Hess 1–2 = *good grade*; 3–5 = *poor grade* (PNPK 2026 juga menerima skala WFNS). Ottawa SAH Rule (disebut PNPK 2026; kriteria rinci dari Perry 2013): pasien sadar, nyeri kepala non-trauma memuncak ≤ 1 jam, tanpa defisit neurologis baru; satu kriteria positif = lanjutkan CT ± pungsi lumbal.

STROKE ATAU TIA? (menentukan jalur disposisi)

Kategori	Definisi kerja	Implikasi di IGD
Stroke	Disfungsi neurologis akut (otak, medula spinalis, retina) yang berlangsung ≥ 24 jam, atau < 24 jam bila didukung bukti klinis dan/atau lesi vaskular pada pencitraan, atau menyebabkan kematian (PNPK 2026)	**Selalu rawat inap** (unit stroke/ruang setara) atau rujuk; tidak dirawat jalan
TIA	Disfungsi neurologis sementara akibat iskemia fokal tanpa bukti infark akut† (PNPK 2026 tidak mendefinisikan TIA terpisah)	Kegawatan dengan risiko stroke awal tinggi; disposisi lewat stratifikasi risiko (Langkah 7)
Gejala masih ada	Defisit belum pulih	Perlakukan sebagai stroke hiperakut; jangan menunggu 24 jam untuk reperfusi

LANGKAH 7 — PENENTUAN DISPOSISI (pilih tingkat tertinggi yang terpenuhi)

MERAH — ICU / HCU / Neuro-ICU (bila tidak tersedia: stabilisasi lalu RUJUK)

- ☐ GCS ≤ 8, butuh intubasi/ventilasi, gagal napas atau aspirasi berat
- ☐ Tanda peningkatan TIK/herniasi; infark MCA maligna atau infark serebelar dengan efek massa/hidrosefalus (kandidat dekompresi/EVD)
- ☐ ICH dengan kesadaran menurun, hidrosefalus/IVH, ICH serebelar ≥ 15 mL, ICH supratentorial > 20–30 mL, atau ekspansi hematoma
- ☐ PSA: semua aneurismal memerlukan Neuro-ICU/bedah saraf; Hunt-Hess 3–5 memerlukan perawatan intensif segera
- ☐ Status epileptikus / kejang tidak teratasi
- ☐ Pasca-IVT atau EVT (pemantauan ketat 24 jam di unit stroke/HCU/ICU)
- ☐ TD membutuhkan infus antihipertensi titrasi; hemodinamik tidak stabil, aritmia berbahaya, SKA, gagal jantung akut

ORANYE — RUJUK SEGERA (RS tanpa fasilitas yang diperlukan)

- ☐ Stroke akut onset < 24 jam di fasilitas tanpa CT atau tanpa layanan stroke
- ☐ Kandidat IVT tanpa kemampuan trombolisis; kandidat EVT (LVO ≤ 24 jam) → langsung ke RS dengan fasilitas trombektomi (sudah IVT maupun belum)
- ☐ ICH/PSA/infark luas yang mungkin memerlukan bedah saraf atau neurointervensi; PSA → RS stroke komprehensif
- ☐ Kebutuhan ICU/Neuro-ICU yang tidak dapat dipenuhi
- ☐ Syarat: komunikasi dengan RS tujuan (SISRUTE/telestroke), ABC stabil, berangkat ≤ 30 menit setelah keputusan, ambulans dengan tenaga kompeten, bawa citra CT/hasil lab, catat jam LKW, jam bolus IVT, dan TD terakhir; tata laksana awal tidak boleh menghambat rujukan

KUNING — RAWAT INAP di unit stroke (atau ruang rawat dengan tata laksana setara) dalam 24 jam pertama

- ☐ **Semua stroke** (iskemik maupun perdarahan) yang stabil dan tidak memenuhi kriteria MERAH, terutama defisit sedang–berat atau berisiko komplikasi
- ☐ TIA ≤ 72 jam dengan $ABCD^2$ ≥ 3 (AHA/ASA)†, atau $ABCD^2$ ≥ 4 (risiko tinggi menurut ESO)†
- ☐ TIA berulang/*crescendo*, atau kelemahan motorik/gangguan bicara > 5 menit†
- ☐ TIA dengan fibrilasi atrium/sumber kardioemboli, stenosis karotis/intrakranial bermakna, atau lesi iskemik baru pada CT/MRI
- ☐ Evaluasi lengkap (pencitraan vaskular, EKG/Holter, lab) tidak dapat selesai ≤ 24–48 jam secara rawat jalan†
- ☐ Disfagia/risiko aspirasi, TD atau GD sulit dikendalikan, komorbid berat, tidak ada pendamping, atau akses kontrol sulit

HIJAU — RAWAT JALAN: hanya untuk TIA/suspek TIA dan SEMUA syarat terpenuhi†

- ☐ Gejala pulih sempurna dan pemeriksaan neurologis normal saat akan dipulangkan
- ☐ CT tanpa perdarahan atau infark baru; stroke mimic tersingkir atau ditangani
- ☐ $ABCD^2$ 0–2 dan tidak ada satu pun kriteria KUNING/MERAH
- ☐ EKG irama sinus (tanpa AF); TD dan GD terkendali
- ☐ Antiplatelet sudah dimulai di IGD (DAPT bila TIA, sesuai PNPK 2026) bila tidak ada kontraindikasi; statin sesuai indikasi
- ☐ Jadwal evaluasi spesialis saraf + pencitraan vaskular dalam ≤ 24–48 jam sudah pasti (poli saraf/klinik TIA)
- ☐ Edukasi SEGERA KE RS kepada pasien dan pendamping: kembali ke IGD segera bila gejala berulang; ada pendamping di rumah

Kriteria rawat jalan TIA tidak diatur PNPK 2026; syarat diambil dari AHA/ASA 2009, ESO 2021, dan Canadian TIA Score. Bila ragu, rawat. Rawat jalan tidak berlaku untuk stroke dengan defisit menetap.

DOKUMENTASI KEPUTUSAN

Disposisi	☐ ICU/HCU ☐ Unit stroke ☐ Ruang rawat ☐ Rujuk ke: _____ ☐ Rawat jalan, kontrol tgl: _____
Diagnosis kerja	☐ Iskemik ☐ ICH ☐ PSA ☐ TIA ☐ Mimic: _____ ICD-10: _____
Jam tercatat	Tiba ___ Dokter ___ CT ___ Baca CT ___ IVT ___ Keputusan rujuk ___ Berangkat ___
Dokter / Sp.N konsul	Nama & tanda tangan: _____ Jam konsul: _____ Jawaban: _____

LAMPIRAN A — ANALISIS PNPK STROKE 2026 DIBANDINGKAN PNPK 2019

PNPK Tata Laksana Stroke 2026 (KMK HK.01.07/MENKES/304/2026, ditetapkan 17 April 2026, 86 halaman) mencabut PNPK 2019 (KMK HK.01.07/MENKES/394/2019). Rekomendasinya memakai kelas I/IIa/IIb/III dan peringkat bukti A/B/C hasil modifikasi AHA/ASA, dengan acuan utama pedoman PERDOSNI 2025. Perubahan besar untuk IGD: tata laksana dibagi menurut tingkat fasilitas (FPKTP dan FPKTL), trombolisis berbasis defisit disabling dan pencitraan lanjutan, tenecteplase menjadi pilihan setara, indikasi trombektomi diperluas (inti infark besar, basiler, M2), dan rujukan diberi target waktu. Kolom “Hal.” merujuk halaman PNPK 2026.

Aspek	PNPK 2019	PNPK 2026 (kelas rekomendasi)	Hal.	Implikasi untuk IGD
Definisi stroke	Menetap ≥ 24 jam atau kematian	≥ 24 jam, atau < 24 jam bila ada bukti klinis/lesi pada pencitraan	10	TIA dengan lesi DWI diperlakukan sebagai stroke
Target waktu IGD	Tidak ada target waktu IGD eksplisit	Penanganan IGD < 1 jam (I); CT/MRI-DWI ≤ 20 menit (I); hiperakut = < 24 jam	15, 34	Ukur door-to-CT dan door-to-needle sebagai indikator mutu
Lab sebelum IVT	Banyak lab rutin, termasuk koagulasi	Hanya GDS wajib (I); koagulasi, elektrolit, troponin opsional (IIa)	20–22	Jangan menunggu hasil lab selain GDS
Oksigen	Pertahankan SpO_2 > 94%	Bila saturasi < 95% (I)	82	Tetap; tidak rutin
Dosis & obat IVT	Alteplase 0,6–0,9 mg/kg; tenecteplase alternatif	Alteplase 0,9 mg/kg (I); tenecteplase 0,25 mg/kg bolus (I di batang tubuh; IIa di ringkasan)	35, 82	Pakai 0,9 mg/kg; tenecteplase memudahkan drip-and-ship
Seleksi IVT	NIHSS ≤ 5 ringan = eksklusi	Defisit disabling berapa pun NIHSS (I); non-disabling tidak (III)	35	Nilai disabilitas fungsional, bukan angka NIHSS
Jendela IVT	≤ 4,5 jam (sampai 6 jam)	< 4,5 jam; 4,5–9 jam dengan perfusi (IIa); 4,5–24 jam LVO tanpa EVT: TNK (IIb); wake-up DWI–FLAIR (IIa); > 4,5 jam dengan CT non-kontras saja: tidak (III)	35–36	RS hanya-CT: IVT berhenti di 4,5 jam, sisanya rujuk
Trombektomi	≤ 6 jam, ASPECTS ≥ 6; 6–24 jam kriteria DAWN/DEFUSE-3	≤ 24 jam ICA/M1: usia ≥ 18, mandiri, defisit disabling (NIHSS > 5) (I); inti besar ASPECTS 3–5 (I); basiler NIHSS ≥ 10, PC-ASPECTS ≥ 6 (I); M2 dominan 0–6 jam (IIb); oklusi distal tidak rutin (III)	38–45	Semua kandidat EVT wajib dirujuk ke RS mampu EVT (I)
Bridging	IVT lalu EVT	IVT dimulai bersamaan persiapan angiografi; jangan menunggu respons (I)	38, 40	Drip-and-ship tanpa observasi respons
TD iskemik	Tanpa reperfusi: turunkan bila > 220/120 (15%)	Komorbid: turunkan segera (I); tanpa komorbid dan bukan kandidat reperfusi: tidak perlu diturunkan 48–72 jam (IIb). Ambang 220/120 tidak disebut	34–35	Ambang 220/120 dipertahankan sebagai batas keamanan†
TD reperfusi	< 185/110 sebelum, < 180/105 sesudah IVT	Sama; EVT ≤ 180/105 mmHg sampai 24 jam (II)	41, 84	Tetap
Antiplatelet	Aspirin 160–325 mg 24–48 jam	Sama (I); DAPT 21 hari NIHSS < 5/TIA (II); ticagrelor + aspirin 30 hari (II); ditunda 24 jam pasca-IVT (I)	48–49	DAPT dimulai ≤ 24 jam bila tidak IVT
Antikoagulan AF	Tidak dirinci untuk fase akut	≤ 48 jam stroke ringan; hari ke-7 stroke sedang–berat (II)	51	Tidak dimulai di IGD
Neuroprotektan	Tidak rutin	Tidak direkomendasikan rutin (III-A)	52	Hindari sebagai pengganti reperfusi
TD pada ICH	150–220 → 140 mmHg	Mulai < 2 jam, target ≤ 1 jam (IIa); > 200/MAP > 150 turunkan segera (IIa); > 180 tanpa TIK ↑ → 140–160 (IIa); 140 mmHg dalam 1 jam aman (I); TIK ↑ → CPP 60–70	60–61	Siapkan infus titrasi sejak IGD
Reversal ICH	PCC/FFP + vitamin K	4F-PCC untuk VKA INR ≥ 2 (I); vit K 5–10 mg IV (I); DOAC: PCC/FEIBA/rFVIIa (IIb); protamin 10–50 mg (IIa)	61–63	Siapkan PCC di formularium
Bedah ICH	Serebelar > 3 cm	Serebelar ≥ 15 mL / kompresi batang otak / hidrosefalus (I); EVD (I); supratentorial > 20–30 mL GCS 5–12: minimal invasif (IIa)	65–66	Kriteria konsul Sp.BS lebih jelas
PSA	Nimodipin; TD < 160	Hunt-Hess/WFNS (I); rujuk Neuro-ICU, coiling/clipping < 24 jam (I); TDS < 160 (II); nimodipin 6×60 mg 21 hari (I); antifibrinolitik (III); fenitoin (III); hindari aspirin	67–74	PSA = rujuk dini ke RS komprehensif
Ruang rawat	Unit stroke dianjurkan	Unit stroke idealnya < 24 jam, atau ruang setara (I-A); skrining disfagia sebelum oral (I)	74	Dasar kriteria KUNING
Rujukan	Berjenjang kelas RS	Onset < 24 jam segera dipersiapkan rujuk; berangkat ≤ 30 menit; LVO langsung ke RS EVT; telemedisin (IIa); MSU (IIa)	28–29, 33	Butuh SPO dan jejaring rujukan stroke

TEMUAN KRITIS PADA PNPK 2026 (perlu disikapi dalam PPK/SPO RS)

Jenis	Temuan	Hal.	Sikap di checklist ini
Tidak konsisten	Tenecteplase kelas I (batang tubuh) vs IIa (ringkasan); IVT 4,5–9 jam IIa vs IIb	35, 82	Diperlakukan setara alteplase pada < 4,5 jam
Tidak konsisten	Ambang darurat TD ICH: TDS > 200/MAP > 150 (batang tubuh) vs > 220 (ringkasan)	61, 84	Dipakai > 200 (lebih aman)
Tidak konsisten	Target TD PSA: < 160 (batang tubuh) vs 140–160 kelas I (ringkasan)	69, 84	Diturunkan bertahap < 160, hindari < 140
Tidak konsisten	Ambang DAPT: NIHSS < 5 (PNPK) vs ≤ 3 atau ≤ 5 pada uji klinis acuan	49	Mengikuti PNPK (< 5)
Salah ketik	Dekompresi MCA maligna “usia di atas 6 tahun”; ringkasan menyebut ≤ 60 tahun	53, 82	Dipakai ≤ 60 th; > 60 dipertimbangkan
Celah	Daftar kontraindikasi IVT tidak tertulis di teks (hanya gambar algoritma)	36	Daftar PNPK 2019 dipertahankan (‡)
Celah	Tidak ada definisi, skor risiko, maupun kriteria rawat/rawat jalan TIA	—	Diambil dari AHA/ASA 2009, ESO 2021 (†)
Celah	Target glukosa stroke iskemik, ambang 220/120, dosis manitol, dan protokol kejang IGD tidak dirinci	—	Ditandai †/‡
Catatan	Nitroprusid tercantum sebagai pilihan pada ICH, tetapi tidak dianjurkan pada PSA	61, 73	Diutamakan nikardipin/labetalol

Catatan implementasi. (1) Sahkan checklist ini melalui Komite Medik/KSM Neurologi dan turunkan menjadi PPK serta SPO “Kode Stroke” sesuai tingkat fasilitas. (2) RS tanpa CT atau trombolitik wajib memiliki perjanjian rujukan dengan RS mampu reperfusi/trombektomi. (3) Indikator mutu yang dapat dipantau: door-to-CT ≤ 20 menit, penanganan IGD < 1 jam, keputusan-rujuk-ke-berangkat ≤ 30 menit, skrining disfagia sebelum asupan oral, dan proporsi pasien stroke yang masuk unit stroke dalam 24 jam.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/304/2026 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Klinis Tata Laksana Stroke. Ditetapkan 17 April 2026. Jakarta: Kemenkes RI; 2026.
2. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/394/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stroke. Jakarta: Kemenkes RI; 2019 (dicabut 2026).

3. Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrison KS, et al. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2026. doi:10.1161/STR.0000000000000513
4. Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, et al. 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2022;53(7):e282–e361. doi:10.1161/STR.0000000000000407
5. Hoh BL, Ko NU, Amin-Hanjani S, et al. 2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2023;54(7):e314–e370. doi:10.1161/STR.0000000000000436
6. Easton JD, Saver JL, Albers GW, et al. Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2009;40(6):2276–2293. doi:10.1161/STROKEAHA.108.192218
7. Fonseca AC, Merwick Á, Dennis M, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack. Eur Stroke J. 2021;6(2):CLXIII–CLXXXVI. doi:10.1177/2396987321992905
8. Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, et al. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. Lancet. 2007;369(9558):283–292. doi:10.1016/S0140-6736(07)60150-0
9. Perry JJ, Sivilotti MLA, Émond M, et al. Prospective validation of Canadian TIA Score and comparison with ABCD2 and ABCD2i for subsequent stroke risk after transient ischaemic attack: multicentre prospective cohort study. BMJ. 2021;372:n49. doi:10.1136/bmj.n49
10. Perry JJ, Stiell IG, Sivilotti MLA, et al. Clinical decision rules to rule out subarachnoid hemorrhage for acute headache. JAMA. 2013;310(12):1248–1255. doi:10.1001/jama.2013.278018
11. Hemphill JC 3rd, Bonovich DC, Besmertis L, Manley GT, Johnston SC. The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage. Stroke. 2001;32(4):891–897. doi:10.1161/01.STR.32.4.891
12. Hunt WE, Hess RM. Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms. J Neurosurg. 1968;28(1):14–20. doi:10.3171/jns.1968.28.1.0014
13. Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke. 1989;20(7):864–870. doi:10.1161/01.STR.20.7.864

Versi 2 (14 November 2026): disesuaikan dengan teks lengkap PNPK 2026. Dosis dan ambang wajib diverifikasi terhadap formularium dan PPK RS sebelum diberlakukan.