



Pada 1 April 2010 *American Family Physician* mempublikasi pedoman bagi dokter keluarga dalam mendiagnostik dan menskrining pasien diabetes.

Pencegahan, diagnostik akurat dan terapi merupakan hal yang penting bagi pasien diabetes karena begitu luasnya kemungkinan komplikasi seperti nefropati, retinopati, neuropati, penyakit kardiovaskuler, *stroke* bahkan kematian; yang dapat diperlambat bahkan dicegah dengan pemilihan terapi yang sesuai.

Sejak tahun 1997 **American Diabetes Association** (ADA) telah memperkenalkan etiologi diabetes berdasarkan klasifikasi dan kriteria diagnostik, yang di tahun 2010 kembali direvisi, dan penting diketahui bagi para dokter dokter keluarga.

Kriteria diagnostik diabetes adalah penilaian kadar hemoglobin A1c (HbA1c), kadar gula darah puasa dan kadar gula darah sewaktu atau hasil pemeriksaan toleransi glukosa oral (OGTT). ADA mendefinisikan diabetes dalam dua kondisi yaitu kadar glukosa darah puasa (8 jam) di atas 126 mg/dL dan kriteria lain: kadar glukosa darah sewaktu di atas 200 mg/dL dengan keluhan poliuria, polidipsi, penurunan berat badan dan karakteristik lainnya yang positif. Kadar glukosa darah sewaktu dapat digunakan sebagai skrining dan diagnostik tetapi sensitivitasnya hanya 39-55%.

Pemeriksaan lini pertama pasien diabetes adalah OGTT; pasien puasa selama 8 jam dan diberi asupan glukosa 75 g.; didiagnosis diabetes jika kadar glukosa di atas 199 mg/dL, dan didiagnosis ada gangguan gula darah puasa jika kadar glukosa 140-199 mg/dL pasca asupan glukosa; kriteria lain gangguan gula darah puasa jika kadar gula darah puasa tanpa asupan glukosa adalah 100-125 mg/dL.

Pemeriksaan kadar HbA1c tidak memerlukan puasa, dapat berguna sebagai diagnostik dan skrining diabe-

tes jika kadar HbA1c setidaknya 6,5% dalam dua kali pemeriksaan, keterbatasan pemeriksaan ini adalah sensitivitasnya rendah dan dipengaruhi oleh faktor di antaranya ras, anemia dan terapi yang digunakan.

Pemberian larutan glukosa 50 g merupakan skrining yang paling sering dilakukan untuk mendiagnosis diabetes gestasional, meskipun pemberian 75-100 g glukosa dibutuhkan untuk mengkonfirmasi hasil awal yang positif.

Diabetes ketoasidosis merupakan kejadian yang sering terjadi pada pasien diabetes tipe 1 atau kadang pasien diabetes tipe 2; lebih sering pada pasien obesitas dan warna kulit hitam; dikatakan diabetes ketoasidosis jika hasil pemeriksaan kadar gula darah melebihi 250 mg/dL dengan pH arteri $\leq 7,3$ dan keton darah meningkat.

Meskipun belum cukup konsisten, skrining diabetes perlu dilakukan pada pasien hipertensi dan hiperlipidemia untuk menentukan klasifikasi diabetes berdasarkan tipe, perlunya pemberian insulin berkelanjutan dapat difasilitasi dengan pemeriksaan kadar C peptide; sedangkan pemeriksaan autoantibodi terhadap sel *islet*, insulin, *glutamic acid decarboxylase* (GADA), *tyrosine phosphatase* (1A-2 α dan 1A-2 β) atau *marker* lainnya un-

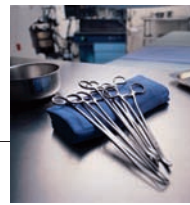
tuk melihat adanya destruksi sel beta pankreas.

Rekomendasi spesifik bagi klinisi berdasarkan bukti ilmiah adalah :

- Skrining diabetes harus dilakukan pada pasien dengan tekanan darah di atas 135/80 mmHg (*level of evidence A*)
- Skrining diabetes harus dilakukan pada pasien hipertensi atau hiperlipidemia (*level of evidence B*)
- Kalkulasi risiko dapat digunakan sebagai identifikasi pasien yang memerlukan skrining lebih lanjut (*level of evidence C*)
- Diabetes dapat didiagnosis jika kadar HbA1C $\geq 6,5\%$ dalam dua kali pemeriksaan terpisah (*level of evidence C*)
- Pada pasien dengan risiko tinggi diabetes, *counseling* direkomendasikan untuk memberikan strategi yang efektif, mengurangi risiko diabetes termasuk penurunan berat badan dan latihan fisik. (*level of evidence C*). ■ (ARI)

REFERENSI

1. L Barclay. Am Fam Physician 2010;81:863-70. abstract.
2. Executive Summary : *Standards of Medical Care in Diabetes* -2010



Review Kriteria Diagnostik dan Skrining DM bagi Dokter Keluarga