

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kista hati atau kista hepar adalah kantung berisi cairan yang tumbuh di hati. Kista hati umumnya bersifat jinak (nonkanker) dan tidak menimbulkan gejala. Namun, sebagian kecil pasien menunjukkan gejala nyeri perut kanan atas yang tumpul, cepat kenyang setelah makan, mual, muntah, dan sesak napas, yang muncul akibat efek massa. Kadang-kadang, kista cukup besar untuk menghasilkan massa perut yang teraba dan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas yang serius (Pratiwi et.al., 2024).

Selain itu, penyumbatan saluran empedu yang ditandai dengan penyakit kuning dan gatal, pecahnya kista dapat menyebabkan peritonitis bakterial atau gejala yang mirip dengan abses hati berupa demam, nyeri perut, dan leukositosis. Hal ini juga dapat menyebabkan torsi akut kista yang ditandai dengan perut akut.

Deteksi beberapa kista hati memerlukan pengambilan riwayat keluarga yang ekstensif mengenai terjadinya Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease (ADPKD) atau Penyakit Hati Polikistik. Secara klinis, pasien dapat menunjukkan hepatomegali pada pemeriksaan fisik, dan pasien jarang mengalami fibrosis hati, hipertensi portal, dan gagal hati. Jarang terjadi, kista hati akan menekan struktur pembuluh darah hati, yang menyebabkan hipertensi portal dan pendarahan Gastrointestinal bagian atas dalam bentuk Varises Esofagus. Pasien dengan kista hati juga dapat mengalami tekanan pada vena Portal yang menyebabkan presentasi yang mirip dengan sindrom Budd-Chiari, yang menghalangi drainase vena dari hati.

Kista sederhana dianggap sebagai patologi hati yang paling umum, dengan prevalensi 2,5% hingga 5% dari populasi umum dan memiliki kecenderungan minimal pada wanita (sekitar 4 banding 1) yang biasanya didiagnosis setelah usia 40 tahun. Kista ini sering meningkat seiring bertambahnya usia dan terkadang multipel (Kundarti at.al., 2024).

Penyakit Hati Polikistik terisolasi memiliki prevalensi 1 hingga 10 kasus per 100000 individu dalam populasi umum, sementara ADPKD berkisar antara 1 dalam 400 hingga 1 dalam 1000. ADPKD mewakili sekitar 80 hingga 90% dari semua pasien dengan PCLD. Karena pola pewarisan

dominan autosomal dari Hati Polikistik terisolasi terisolasi, pria dan wanita seharusnya memiliki risiko yang sama. Namun, temuan menunjukkan bahwa rasio wanita terhadap pria (sekitar 6 banding 1) diduga karena kadar estrogen yang lebih tinggi pada wanita dibandingkan dengan pria.

Faktor risiko untuk perkembangan dan progresi Hati Polikistik terisolasi yang parah adalah usia, jenis kelamin perempuan, penggunaan estrogen eksogen, kehamilan ganda, dan tingkat keterlibatan ginjal jika terjadi Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease.

Kistadenoma bilier maupun kistadenokarsinoma bilier jarang terjadi dan hanya mencakup sebagian kecil dari pasien penyakit Kista Hepar di seluruh dunia. Meskipun jarang, kistadenoma bilier dilaporkan mencakup hingga 1% hingga 5% dari kista hati dan dianggap sebagai neoplasma kistik hepatic primer yang paling umum. Kistadenoma terutama terlihat pada wanita paruh baya (9 hingga 1) hingga pria dengan rentang usia antara 40 hingga 50 tahun. Lesi ini tumbuh lambat dan dilaporkan mencapai ukuran hingga 30 cm. Tingkat transformasi ganas menjadi kistadenokarsinoma yang dilaporkan dapat mencapai 30%. BCA umumnya ditemukan di segmen posterior lobus hati kanan, kemungkinan karena lobus kanan mengandung jaringan hepatic paling banyak.

1.2 Tempat dan Lokasi Magang

Tempat dan lokasi magang dilakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Asuhan gizi klinik kasus dewasa dilakukan di bangsal penyakit dalam yaitu kamar 408 bed 4 Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang. Kegiatan diawali dengan pengkajian gizi hingga konseling gizi yang dimulai tanggal 14 Oktober-18 Oktober 2024.