

LAPORAN KASUS INTERNSHIP

**SEORANG PEREMPUAN 45 TAHUN DENGAN
BELLS PALSY**



Oleh:

dr. Ilham Maulana Naufal Nugratama

Pembimbing:

dr. Tyas Ratna Pangestika

**PESERTA PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA (PIDI)
PERIODE AGUSTUS 2024 – AGUSTUS 2025
PUSKESMAS AMBAL II
KABUPATEN KEBUMEN JAWA TENGAH**

HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN KASUS PROGRAM INTERNSHIP

SEORANG PEREMPUAN 45 TAHUN DENGAN
BELLS PALSY

Disusun oleh:
dr. Ilham Maulana Naufal Nugratama

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internship Dokter Indonesia
Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan dan dipresentasikan:

Kebumen, 30 Desember 2024

Pembimbing

dr. Tyas Ratna Pangestika

HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN KASUS PROGRAM INTERNSHIP

SEORANG PEREMPUAN 45 TAHUN DENGAN
BELLS PALSY

Disusun oleh:
dr. Ilham Maulana Naufal Nugratama

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internship Dokter Indonesia
Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan dan dipresentasikan:

Kebumen, 30 Desember 2024
Kepala Puskesmas Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi

BAB I

STATUS PASIEN

I. IDENTITAS PASIEN

- a. Nama : Ny. S
- b. Jenis kelamin : Perempuan
- c. Usia : 45 tahun
- d. Alamat : Pagedangan, RT.03 / RW.03
- e. Poli : Poli Umum Puskesmas Ambal II
- f. Tanggal Pemeriksaan : 24 September 2024

II. ANAMNESIS

A. Keluhan Utama

Wajah perot

B. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke Poli Umum Puskesmas Ambal II dengan keluhan wajah terasa perot setengah bagian sebelah kanan. Bibir agak sedikit kaku dan susah di gerakkan serta perot ke kiri. Kanan pasien juga agak susah untuk di kedipkan. Keluhan sudah di rasa pasien sejak 2 hari yang lalu dan dirasa semakin memberat. Pasien menjelaskan keluhan muncul mendadak dengan sendirinya. Mulai muncul pada saat bangun tidur. Pasien sudah berobat ke dokter sebelumnya 2 minggu yang lalu dikarenakan memiliki keluhan yang sama tetapi hanya pengobatan 3 hari dikarenakan menurut pasien sudah membaik. Keluhan lainnya yaitu pasien merasa pusing dan leher terasa kencang. Keluhan nyeri di sangkal oleh pasien. Keluhan kelemahan anggota gerak juga di sangkal oleh pasien.

C. Riwayat Penyakit Dahulu

- Riwayat sakit serupa : diakui, 2 minggu yang lalu. Sudah berobat
- Riwayat hipertensi : diakui
- Riwayat alergi obat : disangkal
- Riwayat penyakit jantung : disangkal
- Riwayat diabetes mellitus : disangkal
- Riwayat penyakit ginjal : disangkal
- Riwayat stroke : disangkal

D. Riwayat kebiasaan

- Tidur dengan kipas angin dihadapkan ke muka diakui
 - Merokok disangkal
 - Konsumsi kopi diakui
 - Konsumsi minuman beralkohol disangkal
- E. Riwayat pengobatan sebelumnya
- 2 minggu yang lalu mengalami keluhan serupa, berobat ke dokter dan diberikan terapi Prednison 60 mg/hari selama 3 hari. Pasien di edukasi untuk kontrol tetapi tidak dilakukan karena merasa dirinya sudah lebih baik.
- F. Riwayat Penyakit Keluarga
- Riwayat hipertensi : diakui
 - Riwayat sakit serupa : disangkal
 - Riwayat diabetes mellitus : disangkal
 - Riwayat penyakit jantung : disangkal
 - Riwayat penyakit ginjal : disangkal
 - Riwayat alergi : disangkal
- G. Anamnesis Sistem
- Sistem Serebro spinal : Pusing (+)
 - Sistem Respirasi : dbn
 - Sistem Kardiovaskuler : dbn
 - Sistem Digestivus : dbn
 - Sistem Urogenital : dbn
 - Sistem Muskuloskeletal : Nyeri sendi (-), nyeri otot (-)
 - Sistem Integumentum : Akral hangat, CTR <2”

III. PEMERIKSAAN FISIK

A. Status Generalis

- Keadaan umum : Baik
- Kesadaran : Compos mentis (E4V5M6)
- Berat Badan : 78 kg
- Vital sign
 - TD : 177/106 mmHg
 - Nadi : 94 kali/menit, reguler
 - Respirasi : 22 kali/menit
 - Suhu : 36° C

- SPO2 : 99%

B. Pemeriksaan Fisik

- Pemeriksaan Kepala
 - Normocephal
 - Mata : konjungtiva hiperemis (-/+), sklera ikterik (-/-)
 - Leher : pembesaran KGB (-/-)
- Pemeriksaan Thoraks Paru
 - Inspeksi : bentuk dada simetris, gerak napas tertinggal (-)
 - Palpasi : fremitus diseluruh lapang dada (+/+)
 - Perkusi : sonor diseluruh lapang paru (+/+)
 - Auskultasi : suara dasar vesikuler (+/+), rh (-/-), wh (-/-)
- Pemeriksaan Thoraks Jantung
 - Inspeksi : iktus kordis tidak tampak
 - Palpasi : iktus kordis tidak teraba
 - Perkusi : batas jantung dalam batas normal
 - Auskultasi : S1 (+), S2 (+), murmur (-)
- Pemeriksaan Abdomen
 - Inspeksi : distensi (-), simetris (+), benjolan (-)
 - Auskultasi : peristaltik (+) normal
 - Perkusi : timpani (+), ascites (-)
 - Palpasi : supel (+), hepatomegali (-), splenomegaly (-)
- Pemeriksaan Ekstremitas
 - Ekstremitas atas : akral hangat, CRT >2", edema (-/-)
 - Ekstremitas bawah : akral hangat, CRT >2", edema (-/-)
- Status Lokalis
 - Wajah Asimetris
 - Kerutan dahi kanan>kiri
 - Bibir tampak perot ke arah kiri
 - Sudut nasolabial kanan menghilang
- Pemeriksaan Motorik
 - Kekuatan Otot : 5/5/5/5
 - Tonus (n/n)
 - Atrofi otot (-/-)

- Pemeriksaan Sensorik
Tidak dilakukan
- Pemeriksaan N. Cranialis (Status Neurologis)
 1. **N. I (olfactorius)**
Daya pembau: tidak dilakukan
 2. **N. II (opticus)**
 - Tajam penglihatan : tidak dilakukan
 - Lapang penglihatan: dalam batas normal
 - Melihat warna : tidak dilakukan
 - Funduskopi : tidak dilakukan
 3. **N. III, IV, VI**
 - Pergerakan bola mata (+/+)
 - Pupil isokor
 - Refleks pupil positif
 4. **N. V (trigeminus)**

	Kiri	Kanan
Motorik	Normal	Normal
Sensorik		
Oftalmikus	Normal	Normal
Maksila	Normal	Normal
Mandibula	Normal	Normal
Reflek Kornea	Tidak dilakukan	Tidak dilakukan

5. **N.VII (Facialis)**

	Kiri	Kanan
Mengerutkan Dahi	(+)	(-)
Menutup Mata	(+)	Tidak sempurna
Lipatan Nasolabial	Normal	Cenderung menghilang
Sudut Mulut	Tertarik ke kiri	
Mengangkat Alis	(+)	(-)
Reflek Kornea	Tidak dilakukan	Tidak dilakukan

6. N. VIII (Vestibulocochlearis)

Tidak dilakukan

7. N.IX (Glossofaringeus)

Tidak dilakukan

8. N.X (Vagus)

Berbicara normal

Menelan normal

9. N.XI (Assessorius)

Menoleh kepala (+)

Mengangkat bahu (+)

10. N.XII (Hipoglosus)

Pergerakan lidah : dalam batas normal

Artikulasi : dalam batas normal

IV. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tidak ada

V. PATIENT ORIENTED MEDICAL RECORD

Pemeriksaan	Ass	Tatalaksana	Monitoring
Tanggal 24-09-2024 Anamnesis: Wajah terasa perot setengah bagian sebelah kanan. Bibir agak sedikit kaku dan susah di gerakkan serta perot ke kiri. Kanan pasien juga agak susah untuk di kedipkan. Keluhan sudah di rasa pasien sejak 2 hari yang lalu dan dirasa semakin memberat. Pasien	G.51 Bell's Palsy I.10 Hipertensi	Farmakologis: - Prednison tab 5 mg No. XXXVI S 3 dd tab 4 - Vit B12 tab No. V S 1 dd tab 1 - Paracetamol tab 500 mg No. X S 3 dd tab 1 - Amlodipin tab 5 mg No. XV S 1 dd tab 1 Non-Farmakologis: - Edukasi terkait	- Kontrol kembali 3 hari kemudian - Pemberian prednisone sampai hari ke 5 kemudian tapering off

<p>menjelaskan keluhan muncul mendadak dengan sendirinya.</p> <p>Vital sign: TD: 177/106 mmHg N : 94 kali/menit RR : 22 kali/menit S : 36° C</p> <p>Pemeriksaan Fisik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah Asimetris - Kerutan dahi kanan > kiri - Bibir tampak perot ke arah kiri - Sudut nasolabial kanan menghilang 		<p>dengan penyakit dan pengobatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurangi penggunaan kipas angin pada saat tidur - Kurangi berkendara pada saat malam hari - Istirahat yang cukup - Memperbaiki manajemen stres 	
<p>Tanggal 27-09-2024</p> <p>Anamnesis: Keluhan pasien sudah berangsur berkurang. Masih sedikit perot</p> <p>Vital sign:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 165/98 mmHg - Nadi: 72x/menit - RR: 22x/menit - Suhu: 36 C <p>Pemeriksaan Fisik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerutan dahi kanan mulai membaik - Bibir perot minimal 	<p>G.51 Bells Palsy</p>	<p>Farmakologis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prednison tab 5 mg No. XXXVI S 3 dd tab 4 - Vit B12 tab No. V S 1 dd tab 1 <p>Non-Farmakologis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurangi penggunaan kipas angin pada saat tidur - Kurangi berkendara pada saat malam hari - Istirahat yang cukup - Memperbaiki manajemen stres 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrol kembali 3 hari kemudian - Kontrol selanjutnya dimulai tapering off prednison

BAB II

PEMBAHASAN

A. Definisi

Bell's palsy merupakan neuropati kranial umum yang dimanifestasikan dengan kelemahan wajah disertai gejala nyeri post-aurikular, kehilangan kemampuan pengecap, perubahan subjektif sensasi pada wajah dan hiperakusis. Bell's palsy disebut juga paralisis fasial idiopatik didefinisikan sebagai kelemahan wajah bersifat akut, mengenai saraf tunggal, unilateral, dan termasuk kelemahan fasial tipe lower motor neuron (LMN) tanpa penyebab pasti.

Sir Charles Bell (1774-1842) dikutip dari Singhi² dan Cawthorne⁴ adalah orang pertama yang meneliti tentang sindroma kelumpuhan saraf fasialis dan sekaligus meneliti tentang distribusi dan fungsi saraf fasialis. Oleh karena itu nama Bell diambil untuk diagnosis setiap kelumpuhan saraf fasialis perifer yang tidak diketahui penyebabnya.

B. Epidemiologi

Kelumpuhan wajah perifer idiopatik akut merupakan kondisi yang umum terjadi dengan kejadian sebanyak 15-30 kasus per tahun per 100.000 penduduk. Kebanyakan pasien sembuh total, tetapi sekitar 15-30% dilaporkan tertinggal dengan derajat sekuele yang berbeda. Ada banyak kemungkinan penyebab Bell's Palsy, tetapi etiologinya masih belum jelas. Istilah Bell's Palsy harus dibatasi pada kelumpuhan wajah idiopatik. Ini menyumbang 60-70% dari semua kasus kelumpuhan wajah unilateral.

Bell's palsy ditemukan pada 75% kasus paralisis saraf wajah akut. Penyakit ini mengenai baik pria maupun wanita dengan persentase relatif sama. Insiden pada populasi antara 11,5 hingga 40,2 kasus per 100.000 penduduk; 20,2/100.000 penduduk di United Kingdom, 30/100.000 di Jepang, dan 25-30/100.000 di Amerika Serikat. Insiden meningkat saat kehamilan, pada infeksi virus saluran napas bagian atas, imunokompromais, serta pada pasien diabetes melitus dan hipertensi. Beberapa data epidemiologi mendapatkan insiden sedikit lebih tinggi saat musim dingin dibandingkan saat musim panas.

Estimasi insiden tahunan Bell's Palsy adalah antara 23 hingga 37 kasus per 100.000 penduduk. Kejadian ini lebih tinggi pada pasien yang berusia di atas 65 tahun (59 dari 100.000) dan lebih rendah pada anak-anak di bawah 13 tahun (13 dari

100.000). Hasil dari sebuah studi menggunakan database perawatan primer di Inggris menunjukkan puncak kejadian terjadi pada populasi yang berusia di atas 70 tahun. Rasio laki-laki perempuan untuk Bell's Palsy umumnya sebanding, kecuali untuk dominasi pada wanita di bawah usia 20 tahun dan sedikit dominasi pada pria di atas 40 tahun. Sisi kiri dan kanan wajah sama-sama terlibat. Sekitar 30% pasien memiliki kelumpuhan tidak lengkap pada presentasi dan 70% memiliki kelumpuhan lengkap. Kelumpuhan bilateral terjadi pada 0,3% pasien, dan 9% memiliki riwayat kelumpuhan sebelumnya. Riwayat keluarga Bell palsy ada pada 8% pasien.

C. Etiologi

Etiologi bell's palsy masih diperdebatkan selama bertahun-tahun. Terdapat beberapa teori yang kemungkinan menyebabkan terjadinya Bell's palsy yaitu iskemik vaskular, virus, imunologi. Teori virus lebih banyak dibahas sebagai etiologi penyakit ini.

b. Virus

Reaktivasi infeksi virus diduga menjadi salah satu etiologi Bell's palsy. Virus tersebut antara lain virus varicella zoster, herpes simplex virus type 1 (HSV-1), human herpes virus 6. Sebagian besar dikaitkan dengan virus herpes yang memiliki target neuron perifer. HSV-1 berperan besar dalam kejadian Bell's palsy. DNA HSV-1 memasuki tubuh manusia melalui mukokutan dan menginfeksi tubuh, kemudian menjadi dorman di ganglia multipel di neuroaksis sepanjang hidup manusia tersebut. Virus herpes dorman dapat mengalami reaktivasi, yang dapat dipengaruhi oleh imunitas tubuh. Gejala muncul karena terjadi disfungsi neural akibat aktivasi virus herpes melalui jalur apoptosis dan degradasi intra-aksonal karena respons lokal akson terhadap fenotip virus.

c. Iskemia Vaskuler

Beberapa kasus Bell's palsy yang tidak mengalami remisi, dipengaruhi oleh adanya iskemia saraf yang menyebabkan penebalan selubung saraf, membentuk jaringan fibrosa yang menyebabkan strangulasi dan kompresi. Hal ini menghambat proses pemulihan Bell's palsy.

d. Autoimun

Hipotesis autoimun pada kasus Bell's palsy didasarkan pada adanya penurunan sel T supresor dan peningkatan limfosit B yang dibarengi dengan peningkatan interleukin-1, interleukin-6, dan tumor necrosis factor alpha (TNF- α).⁷ Keadaan ini menyebabkan kerusakan mielin saraf.

e. Herediter

Bells Palsy mungkin terjadi dikarenakan kanalis facialis yang sempit pada keturunan di keluarga tersebut, sehingga menyebabkan predisposisi untuk terjadinya bells palsy.

D. Patofisiologi

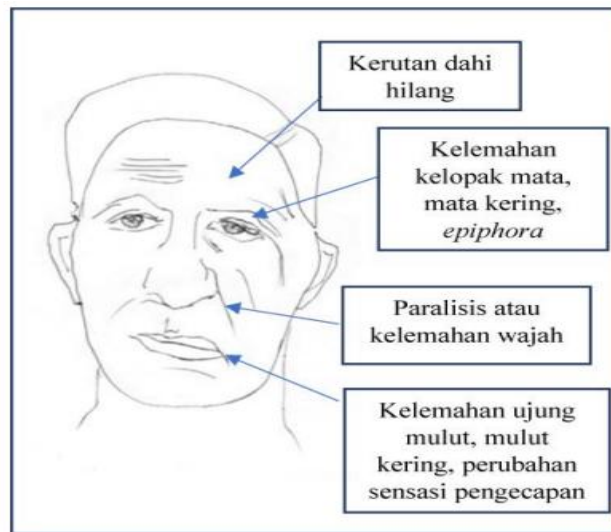
Pada observasi post mortem kasus bell's palsy didapatkan patofisiologi yang mendasari adalah distensi vaskuler, inflamasi dan edema dengan iskemia saraf fasialis. Beberapa teori diajukan untuk bell's palsy, salah satunya bell's palsy sebagai penyakit demielinisasi akut, yang memiliki kemiripan dengan sindrom guillaingbarre. Diduga keduanya menunjukkan neuritis inflamasi demielinisasi, bell's palsy dianggap varian mononeuritik dari sindrom guillaingbarre. Berdasarkan laporan akhir-akhir ini, kemungkinan penyebab bell's palsy karena reaktivasi infeksi virus herpes di ganglia genikulatum yang selanjutnya bermigrasi ke saraf fasialis. Virus herpes simpleks ini memediasi terjadinya inflamasi sehingga menyebabkan penekanan saraf dan terjadinya gejala klinis seperti paralisis fasialis.

Saraf fasialis keluar dari otak di angulus ponto-cerebelaris memasuki meatus akustikus internus. Saraf selanjutnya berada di dalam kanalis fasialis memberikan cabang untuk ganglion pterygopalatina sedangkan cabangnya ke muskulus stapedius dan bergabung dengan korda timpani. Pada bagian awal dari kanalis fasialis, segmen labirin merupakan bagian yang tersempit yang dilewati saraf fasialis. Foramen meatal pada segmen ini hanya memiliki diameter sebesar 0,66 mm.

Otot-otot wajah diinervasi saraf fasialis. Kerusakan pada saraf fasialis di meatus akustikus internus (karena tumor), di telinga tengah (karena infeksi atau operasi), di kanalis fasialis (perineuritis, Bell's palsy) atau di kelenjar parotis (karena tumor) akan menyebabkan distorsi wajah, dengan penurunan kelopak mata bawah dan sudut mulut pada sisi wajah yang terkena. Ini terjadi pada lesi lower motor neuron (LMN). Lesi upper motor neuron (UMN) akan menunjukkan bagian atas wajah tetap normal karena saraf yang menginnervasi bagian ini menerima serat kortikobulbar dari kedua korteks serebral.

E. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala Bell's palsy mulai dari ringan hingga berat.



- Kelemahan atau paralisis otot wajah atas dan bawah pada sisi lesi
- Kelemahan kelopak mata ipsilateral
- Ketidakmampuan menutup mata secara sempurna
- Pengeluaran air mata yang berlebihan (epiphora)
- Kelemahan sudut mulut
- Kehilangan kemampuan pengecapan ipsilateral
- Kesulitan mengecap Air liur menetes
- Sensasi menurun pada sisi wajah yang lemah
- Nyeri pada bagian belakang telinga
- Peningkatan sensitivitas terhadap suara (hiperakusis) pada sisi lemah jika otot stapedius terkena

Derajat		Deskripsi
I	Normal	Fungsi saraf wajah normal pada semua area
II	Disfungsi Ringan	Kelemahan ringan yang hanya dapat terlihat pada pemeriksaan seksama. Saat istirahat: dahi normal simetris, mampu menutup mata dengan usaha minimal dan asimetris ringan, mampu menggerakkan ujung bibir dengan usaha maksimal dan asimetris ringan. Tidak ada synkinesis, kontraktur, ataupun spasme hemifasial.
III	Disfungsi Sedang	Tampak jelas, namun tidak berbeda jauh antara dua sisi, tidak ada kegagalan fungsi; terdapat synkinesis, kontraktur

		dan/atau spasme hemifasial, namun tidak berat. Saat istirahat: tampak normal simetris. Pergerakan sedikit hingga tidak ada pergerakan dahi, mampu menutup mata dengan usaha maksimal dan tampak jelas asimetris, mampu menggerakkan ujung bibir dengan usaha maksimal dan tampak asimetris jelas. Pasien dengan gejala jelas namun tanpa synkinesis yang mengganggu, kontraktur, dan/atau spasme hemifasial tanpa memandang derajat aktivitas motorik
IV	Disfungsi Sedang Berat	Tampak kelemahan yang jelas dan/atau asimetris yang jelas. Saat istirahat: simetris normal. Pergerakan: tidak ada pergerakan dahi; tidak mampu menutup mata sempurna sekalipun usaha maksimal. Pasien dengan synkinesis dan/atau spasme hemifasial berat yang dapat mengganggu fungsi tanpa memandang aktivitas motorik.
V	Disfungsi Berat	Gerakan nyaris tak terlihat. Saat istirahat: mungkin asimetris dengan ujung bibir jatuh dan penurunan atau tidak adanya lipatan nasolabial. Pergerakan: tidak ada pergerakan dahi, penutupan mata tidak sempurna, dan hanya sedikit pergerakan kelopak mata dengan usaha maksimal, pergerakan sedikit pada ujung bibir. Synkinesis, kontraktur, dan spasme hemifasial biasanya tidak ada.
VI	Paralisis Total	Tidak ada tonus; asimetris; tidak ada pergerakan; tidak ada synkinesis, kontraktur, ataupun spasme hemifasial.

F. Diagnosis







1. Diagnosis Klinis

Diagnosis Bell's palsy adalah diagnosis klinis. Untuk evaluasi yang komprehensif, dibutuhkan juga anamnesis paparan terhadap berbagai virus (herpes, HIV, dan lain-lain), riwayat paparan stres, serta paparan udara dingin yang diduga dapat memengaruhi kejadian Bell's palsy. Adapun untuk kriteria diagnosis Bells Palsy sebagai berikut :

Definite	<p>Semua kriteria di bawah ini dapat ditemukan:</p> <p>Kelemahan unilateral otot wajah termasuk dahi, kelopak mata, bibir, dan otot pipi</p> <p>DAN</p> <p>Keluhan muncul akut dengan maksimum paresis terjadi sekitar 72 jam setelah muncul gejala awal</p> <p>DAN</p> <p>Tidak ada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riwayat trauma kepala dalam 30 hari terakhir - Riwayat penyakit serebrovaskular - Riwayat operasi otologi - Riwayat tumor otak - Diagnosis penyakit sickle cell - Diagnosis sindrom Guillain-Barre - Defisit neurologis pada ekstremitas dan abnormalitas kemampuan koordinasi - Abnormalitas refleks dan kekuatan otot
Probable	<p>Kemungkinan terjadi kelemahan wajah sesuai kriteria di atas, namun selang waktu antara awal gejala hingga paresis maksimal tidak terdokumentasi atau lebih dari 72 jam</p>
Rejected	<p>Tidak ada kelemahan wajah atau ada penyebab lain kelemahan wajah</p>

2. Pemeriksaan Fisik

- Inspeksi : adanya asimetris wajah, kedipan, lipatan nasolabial, dan ujung bibir.
- Pemeriksaan umum: otoskopi dan pemeriksaan kulit.
- Pemeriksaan motorik: mengangkat alis, menutup mata dengan rapat, tersenyum, mengembungkan pipi, mengerucutkan bibir, meringis.
- Pemeriksaan sensorik: area sensorik wajah dan telinga, serta 2/3 bagian depan lidah.
- Pemeriksaan refleks: refleks orbikularis dan Bell phenomenon.

Derajat		Deskripsi
I	Normal	
II	Disfungsi Ringan	
III	Disfungsi Sedang	
IV	Disfungsi Sedang Berat	
V	Disfungsi Berat	
VI	Paralisis Total	

3. Pemeriksaan Penunjang

Tidak ada pemeriksaan spesifik untuk diagnosis Bells palsy, tetapi pemeriksaan penunjang dapat digunakan untuk mengidentifikasi atau menyingkirkan diagnosis banding lainnya.

- CT-Scan atau MRI

Pencitraan tidak direkomendasikan untuk evaluasi awal Bell's palsy, kecuali gejala tidak khas. CT scan dengan kontras atau MRI digunakan untuk menyingkirkan dugaan penyebab tumor jinak ataupun ganas; dapat

juga digunakan jika gejala tidak membaik setelah 3 minggu

- Pemeriksaan Elektrodiagnostik

Pemeriksaan ini tidak rutin, namun dapat dilakukan pada paralisis berat untuk menilai derajat keparahan kerusakan saraf. Pemeriksaan disarankan dilakukan setelah 1 minggu dari onset untuk menghindari hasil negatif palsu. Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah tes eksitabilitas saraf, elektroneurografi, dan elektromiograf.

- Pemeriksaan Darah

G. Tatalaksana

Dalam penatalaksanaan Bell's palsy pada pasien ini kita berikan kortikosteroid dan antiviral. Tiemstra dkk⁷ mengatakan bahwa, kortikosteroid sangat bermanfaat dalam mencegah degenerasi saraf, mengurangi sinkinesis, meringankan nyeri dan mempercepat penyembuhan inflamasi pada saraf fasialis sedangkan Acyclovir diberikan untuk menghambat replikasi DNA virus.

Grade			
I	Terapi	Edukasi	<ul style="list-style-type: none"> • Jangan cemas • Edukasi Latihan otot wajah • Edukasi melindungi mata pasien
II			Obat
III			
IV			
V	Rujuk	+ Jika tidak ada perbaikan, kambuh, muncul komplikasi	
VI			

a. Kortikosteroid

Pemberian steroid oral sangat direkomendasikan. Steroid dapat menurunkan kejadian penyembuhan tidak sempurna dan kejadian synkinesis; dapat menurunkan risiko komplikasi dan mempercepat waktu pemulihan.

Mekanisme bell's palsy yaitu adanya inflamasi dan edema yang menyebabkan kompresi saraf fasialis yang berjalan melalui kanalis fallopian (fasialis). Agen antiinflamasi kuat seperti kortikosteroid oral, memiliki target inflamasi yang bisa menurunkan edema dan memfasilitasi

kembalinya fungsi saraf fasialis.

Steroid efektif bila diberikan sebelum 48 jam sejak munculnya gejala Bell's palsy. Steroid dapat menghambat pembengkakan dan inflamasi saraf, dan menurunkan kompresi vaskular, sehingga sirkulasi darah pada saraf dapat membaik.

Sediaan dapat berupa prednisolone oral dengan dosis kortikosteroid (Prednison) yaitu: 1 mg/kgBB atau 60 mg/hari selama 6 hari, yang kemudian diikuti penurunan bertahap, dengan total pemberian selama 10 hari.

Kortikosteroid (Prednison)

- Hari 1-5 → 60 mg/hari
- Hari 6 → 50 mg/hari
- Hari 7 → 40 mg/hari
- Hari 8 → 30 mg/hari
- Hari 9 → 20 mg/hari
- Hari 10 → 10 mg/hari

b. Antiviral

Pembengkakan saraf pada Bell's palsy mungkin dihubungkan dengan infeksi virus. Terapi kombinasi obat antiviral dengan steroid oral, hasilnya lebih baik dibandingkan terapi steroid oral tunggal, terutama pada Bell's palsy berat tanpa penyakit penyerta, seperti hipertensi dan diabetes melitus. Namun, efek terapeutik agen antivirus masih belum jelas. Acyclovir dan valciclovir merupakan agen antivirus yang umum digunakan.

Sediaan antiviral acyclovir per oral dengan dosis 400 mg 5 kali sehari diberikan selama 5 hari atau valacyclovir per oral dengan dosis 1.000 mg per hari selama 5 hari. Jika penyebabnya diduga virus herpes zoster, maka dosis Acyclovir di naikan menjadi 800 mg 5 kali sehari atau Valaciclovir 1 gram 2 kali sehari.

Antivirus (Asiklovir)

- 5x400 mg selama 10 hari, 5x800 (untuk Varicella zoster)

c. Perlindungan Mata

Penutupan mata yang tidak sempurna, seiring berjalannya waktu tanpa intervensi yang baik, akan menyebabkan kerusakan kornea, timbulnya jaringan parut, dan penurunan kemampuan penglihatan.

Intervensi pada kasus Bell's palsy berdasarkan penilaian kondisi fungsi saraf wajah, terutama keluhan lagofthalmus. Pada lagofthalmus ringan, tata laksana berupa air mata buatan, salep mata, penutup mata untuk menjaga kelembapan, atau implan kelopak mata. Perawatan mata tujuannya adalah untuk mencegah terjadinya kekeringan pada kornea

karena kelopak mata yang tidak dapat menutup sempurna dan produksi air mata yang berkurang. Perawatan ini dapat dilakukan dengan menggunakan artificial tear solution pada waktu pagi dan siang hari dan salep mata pada waktu tidur.

d. Fisioterapi

Pada pasien ini fisioterapi dimulai pada hari kelima onset penyakit. Fisioterapi dapat dilakukan pada stadium akut atau bersamaan dengan pemberian kortikosteroid. Tujuan fisioterapi adalah untuk mempertahankan tonus otot yang lumpuh. Caranya yaitu dengan memberikan radiasi sinar infra red pada sisi yang lumpuh dengan jarak 2 ft (60 cm) selama 10 menit. Terapi ini diberikan setiap hari sampai terdapat kontraksi aktif dari otot dan 2 kali dalam seminggu sampai tercapainya penyembuhan yang komplit. Disamping itu juga dapat dilakukan massage pada otot wajah selama 5 menit pagi dan sore hari atau dengan faradisasi.

H. Prognosis

Keparahan Bell's palsy mulai dari ringan hingga berat, namun prognosis umumnya baik. Sebanyak 71% pasien berhasil pulih dengan fungsi normal tanpa pengobatan. Sekitar 13% meninggalkan kelemahan ringan dan sekitar 4% dengan kelemahan berat menyebabkan disfungsi mayor wajah.

Prognosis Bell's palsy tergantung pada jenis kelumpuhannya, usia pasien dan derajat kelumpuhan. kelumpuhan parsial (inkomplit), mempunyai prognosis yang lebih baik. Anak-anak juga mempunyai prognosis yang baik dibanding orang dewasa dan sekitar 96,3% pasien Bell's palsy dengan House-Brackmann kurang dari Derajat II dapat sembuh sempurna, sedangkan pada House-Brackmann lebih dari derajat IV sering terdapat deformitas wajah yang permanen. Pada pasien ini, hari ketiga pengobatan sudah terdapat perbaikan walaupun belum maksimal. Pada hari kesepuluh, kelumpuhan saraf fasialisnya sudah mencapai House-Brackmann derajat II, lokasinya setinggi infra khorda dan fungsi motorik yang terbaik meningkat menjadi 76%, setelah 3 minggu terapi kelumpuhan saraf fasialisnya sudah tidak terlihat lagi (HB I) dan fungsi motorik otot wajahnya sudah normal.

Diperlukan pemeriksaan untuk menentukan prognosis penyakit ini. Pemeriksaan tersebut direkomendasikan pada kelumpuhan komplit atau bila tidak terdapat tanda-tanda penyembuhan dalam 3 minggu dari onset penyakit. ENoG merupakan alat yang dapat membantu memperkirakan prognosis penyakit. Alat ini

dapat mencatat compound action potential dari otot fasialis setelah diberikan stimulasi elektrik supramaksimal pada saraf fasialis bagian distal dari foramen stilomastoid.

I. Komplikasi

Secara umum, pasien Bell's palsy tidak mengalami komplikasi. Sebagian dapat mengalami paralisis komplit dan paralisis sebagian. Sebanyak 29% mengalami gejala sisa berupa kelemahan permanen otot wajah baik ringan maupun berat, 17% mengalami kontraktur, dan 16% mengalami spasme hemifasial atau synkinesis.

Rekurensi pada kasus Bell's palsy jarang dilaporkan terutama pada anak-anak. Menurut beberapa literatur melaporkan, terdapat 6% kasus Bell's palsy yang mengalami rekurensi. Rekurensi ini dapat disebabkan oleh terserang virus kembali atau aktifnya virus yang indolen di dalam saraf fasialis. Bila rekurensi terjadi pada sisi yang sama dengan sisi yang sebelumnya, biasanya disebabkan oleh virus Herpes Simpleks. Rekurensi meningkat pada pasien dengan riwayat Bell's palsy dalam keluarga. Umumnya rekurensi terjadi setelah 6 bulan dari onset penyakit.

KESIMPULAN

Bell's palsy merupakan neuropati kranial umum yang dimanifestasikan dengan kelemahan wajah disertai gejala nyeri post-aurikular, kehilangan kemampuan pengecap, perubahan subjektif sensasi pada wajah dan hiperakusis. Etiologi bell's palsy masih diperdebatkan selama bertahun-tahun. Terdapat beberapa teori yang kemungkinan menyebabkan terjadinya Bell's palsy yaitu iskemik vaskular, virus, imunologi dan herediter. Patofisiologi yang mendasari adalah distensi vaskuler, inflamasi dan edema dengan iskemia saraf fasialis. Beberapa teori diajukan untuk bell's palsy, salah satunya bell's palsy sebagai penyakit demielinisasi akut, yang memiliki kemiripan dengan sindrom guillainbarre. Diagnosis Bell's palsy adalah diagnosis klinis. Untuk evaluasi yang komprehensif, dibutuhkan juga anamnesis paparan terhadap berbagai virus (herpes, HIV, dan lain-lain), riwayat paparan stres, serta paparan udara dingin yang diduga dapat memengaruhi kejadian Bell's palsy. Manifestasi klinis dari penyakit ini adalah kelemahan unilateral pada wajah yang terjadi secara tiba – tiba. Kelemahan unilateral otot wajah termasuk dahi, kelopak mata, bibir, dan otot pipi. Dalam penatalaksanaan Bell's palsy pada pasien ini kita berikan kortikosteroid dan antiviral. Pemberian steroid oral sangat direkomendasikan. Steroid dapat menurunkan kejadian penyembuhan tidak sempurna dan kejadian synkinesis; dapat menurunkan risiko komplikasi dan mempercepat waktu pemulihan. dosis kortikosteroid (Prednison) yaitu: 1 mg/kgBB atau 60 mg/hari selama 6 hari, yang kemudian diikuti penurunan bertahap, dengan total pemberian selama 10 hari. . Terapi kombinasi obat antiviral dengan steroid oral, hasilnya lebih baik dibandingkan terapi steroid oral tunggal. Dosis acyclovir yang dapat diberikan 400 mg 5 kali sehari diberikan selama 5 hari.

DAFTAR ISI