



Akreditasi PB IDI-3 SKP

Bell's Palsy: Diagnosis dan Tata Laksana

Zanty Rakhmania PutriAlumna Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang,
Jawa Timur, Indonesia

ABSTRAK

Bell's palsy merupakan gangguan saraf akut pada wajah dengan ciri kelemahan wajah unilateral dan tanpa penyebab pasti. Kelemahan wajah dapat berupa berkurangnya kerutan dahi, sulit menutup mata, kelemahan sudut bibir, hilangnya sensasi pengecapan, dan gejala lainnya berdasarkan cabang saraf wajah yang terkena. Diagnosis melalui anamnesis dan pemeriksaan klinis. Pemeriksaan penunjang untuk menilai faktor risiko dan menyingkirkan diagnosis lain. Pengobatan dapat secara non-farmakologis dan farmakologis.

Kata kunci: *Bell's palsy*, gangguan saraf, saraf wajah

ABSTRACT

Bell's palsy is an acute facial nerve disorder with unilateral facial weakness without definite cause. The disease may manifest as diminished forehead wrinkles, difficulty to close lid, weakness at the corner of the lips, loss of taste sensation, and other symptoms based on affected facial nerve branch. Diagnosis can be made through anamnesis and clinical examination. Additional examinations can evaluate risk factors and eliminate other diseases. Treatment can be non-pharmacological and pharmacological. **Zanty Rakhmania Putri. Bell's Palsy: Diagnosis and Management.**

Keywords: *Bell's palsy*, facial nerve, nerve disorder



Cermin Dunia Kedokteran is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Bell's palsy merupakan neuropati kranial umum yang dimanifestasikan dengan kelemahan wajah disertai gejala nyeri post-aurikular, kehilangan kemampuan pengecapan, perubahan subjektif sensasi pada wajah dan hiperakusis.¹ Insiden di berbagai belahan dunia antara 11 hingga 40 kasus per 100.000 orang; lebih sering pada pasien diabetes melitus.² Pada *Bell's palsy* terjadi kelemahan *lower motor neuron* (LMN), kondisi ini merupakan inflamasi yang dapat sembuh sendiri atau remisi dan pulih dalam 4-6 bulan hingga 1 tahun.³

DEFINISI

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.^{2,4}

Alamat Korespondensi email: zanzanty@gmail.com

Manifestasi klinis dapat muncul dari jaras motorik, sensorik, dan parasimpatik saraf kranial.¹ Keadaan akut berarti kelemahan muncul dan berkembang menjadi lebih parah dalam 72 jam.⁴ Diagnosis harus terlebih dahulu mengeliminasi penyebab lain paresis atau paralisis wajah, seperti neoplasma, trauma, kongenital, infeksi spesifik, atau kelemahan post-operasi.⁵ Kriteria diagnosis *Bell's palsy* dapat dilihat pada **Tabel 1**.⁵

Klasifikasi *House-Brackmann* dapat digunakan untuk mengukur tingkat keparahan *Bell's palsy* (**Tabel 2**).⁴

EPIDEMIOLOGI

Bell's palsy ditemukan pada 75% kasus paralisis saraf wajah akut.⁶ Penyakit ini mengenai baik pria maupun wanita dengan persentase relatif sama, insiden sedikit lebih tinggi pada usia lanjut, namun dapat terjadi pada semua

usia.¹ 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.¹ Insiden meningkat saat kehamilan, pada infeksi virus saluran napas bagian atas, imunokompromais, serta pada pasien diabetes melitus dan hipertensi.¹ Beberapa data epidemiologi mendapatkan insiden sedikit lebih tinggi saat musim dingin dibandingkan saat musim panas.¹

ETIOLOGI

Virus

Reaktivasi infeksi virus diduga menjadi salah satu etiologi *Bell's palsy*.³ Virus tersebut antara lain virus *varicella zoster*, *herpes simplex virus type 1* (HSV-1), *human herpes virus 6*.³ Sebagian besar dikaitkan dengan virus herpes yang memiliki target neuron perifer.³ HSV-1 berperan besar dalam kejadian *Bell's palsy*.³ DNA HSV-1

memasuki tubuh manusia melalui mukokutan dan menginfeksi tubuh, kemudian menjadi dorman di ganglia multipel di neuroaksis sepanjang hidup manusia tersebut.³ Virus herpes dorman dapat mengalami reaktivasi, yang dapat dipengaruhi oleh imunitas tubuh.³ Gejala muncul karena terjadi disfungsi neural akibat aktivasi virus herpes melalui jalur apoptosis dan degradasi intra-aksonal karena respons lokal aksion terhadap fenotip virus.¹

Iskemia

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.³

Hal ini menghambat proses pemulihan *Bell's palsy*.³

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.⁷

FAKTOR RISIKO

Hipertensi

Hipertensi dan gangguan profil lipid dapat menjadi faktor risiko *Bell's palsy*.⁸ Hal ini karena adanya perubahan sirkulasi darah yang dapat

mengganggu keseimbangan sistem tekanan di dalam kanal fasial, sehingga menyebabkan kerusakan saraf.⁸

Diabetes Melitus

Kejadian *Bell's palsy* meningkat pada pasien diabetes melitus, disebabkan iskemia saraf wajah karena mikroangiopati; dapat disebut mononeuropati diabetikum.⁸

Kehamilan

Pada saat hamil, terjadi edema jaringan yang mengakibatkan kompresi mekanis, salah satunya pada saraf wajah.⁸ Selain itu, supresi imunitas karena peningkatan hormon kortisol pada kehamilan, dapat menginduksi reaktivasi virus dorman.⁸

Tabel 1. Kriteria diagnosis *Bell's palsy*.⁵

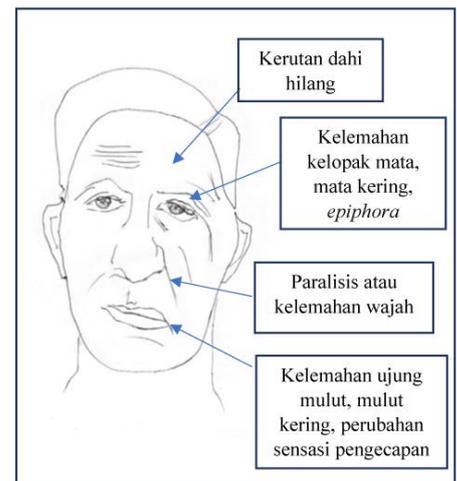
Definite	Semua kriteria di bawah ini dapat ditemukan: Kelemahan unilateral otot wajah termasuk dahi, kelopak mata, bibir, dan otot pipi DAN Keluhan muncul akut dengan maksimum paresis terjadi sekitar 72 jam setelah muncul gejala awal DAN Tidak ada: Riwayat trauma kepala dalam 30 hari terakhir Riwayat penyakit serebrovaskular Riwayat operasi otologi Riwayat tumor otak Diagnosis penyakit <i>sickle cell</i> Diagnosis sindrom <i>Guillain-Barre</i> Defisit neurologis pada ekstremitas dan abnormalitas kemampuan koordinasi Abnormalitas refleks dan kekuatan otot
Probable	Kemungkinan terjadi kelemahan wajah sesuai kriteria di atas, namun selang waktu antara awal gejala hingga paresis maksimal tidak terdokumentasi atau lebih dari 72 jam
Rejected	Tidak ada kelemahan wajah atau ada penyebab lain kelemahan wajah

Tabel 2. Klasifikasi *House-Brackmann*.⁴

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 <i>synkinesis</i> , kontraktur, ataupun spasme hemifasial.
III	Disfungsi sedang	Tampak jelas, namun tidak berbeda jauh antara dua sisi, tidak ada kegagalan fungsi; terdapat <i>synkinesis</i> , 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 <i>synkinesis</i> 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 <i>synkinesis</i> 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. <i>Synkinesis</i> , kontraktur, dan spasme hemifasial biasanya tidak ada.
VI	Paralisis total	Tidak ada tonus; asimetris; tidak ada pergerakan; tidak ada <i>synkinesis</i> , kontraktur, ataupun spasme hemifasial.

MANIFESTASI KLINIS

Tanda dan gejala *Bell's palsy* mulai dari ringan hingga berat (Tabel 3).²



Gambar. Manifestasi klinis *Bell's Palsy*.²

DIAGNOSIS

Diagnosis *Bell's palsy* adalah diagnosis klinis.¹ 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*.⁷ Gejala dapat dilihat pada Gambar.

Pemeriksaan Fisik⁹

- 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*.

Pemeriksaan Laboratorium

Pencitraan

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.⁹

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.⁹ Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah tes eksitabilitas saraf, elektroneurografi, dan elektromiografi.¹⁰

TATA LAKSANA

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.¹⁰ Pada lagofthalmus ringan, tata laksana berupa air mata buatan, salep mata, penutup mata untuk menjaga kelembapan, atau implan kelopak mata.¹⁰ Air mata buatan merupakan pilihan utama dan dapat dikombinasikan dengan salep mata saat malam hari. Gunakan penutup mata jika perlu, meskipun tidak secara signifikan menurunkan risiko kerusakan kornea yang dapat mengakibatkan penurunan kemampuan penglihatan.¹⁰

Steroid

Pemberian *steroid* oral sangat direkomendasikan.¹⁰ *Steroid* dapat menurunkan kejadian penyembuhan tidak sempurna dan kejadian *synkinesis*; dapat menurunkan risiko komplikasi dan

Tabel 3. Manifestasi klinis *Bell's Palsy*

Manifestasi Klinis <i>Bell's Palsy</i> ²
Kelemahan atau paralisis otot wajah atas dan bawah pada sisi lesi
Kelemahan kelopak mata ipsilateral
Ketidakkampuan menutup mata secara sempurna
Pengeluaran air mata yang berlebihan (<i>epiphora</i>)
Kelemahan sudut mulut
Kehilangan kemampuan pengecap 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

Tabel 4. Pemeriksaan laboratorium pada *Bell's Palsy*⁹

Jenis	Tujuan
Pemeriksaan Darah	Melihat kemungkinan infeksi
Gula Darah	Melihat faktor risiko
Serum Antibodi <i>Herpes Zoster</i>	Melihat penyebab
Cairan Serebrospinal	Membedakan dari sindrom <i>Guillain Barre</i>

mempercepat waktu pemulihan.¹⁰

Steroid efektif bila diberikan sebelum 48 jam sejak munculnya gejala *Bell's palsy*.¹⁰ *Steroid* dapat menghambat pembengkakan dan inflamasi saraf, dan menurunkan kompresi vaskular, sehingga sirkulasi darah pada saraf dapat membaik.¹¹ Sediaan dapat berupa *prednisolone* oral dengan dosis 60 mg per hari selama 5 hari kemudian diturunkan dosisnya menjadi 10 mg per hari dengan total lama pengobatan selama 10 hari.¹²

Antiviral

Pembengkakan saraf pada *Bell's palsy* mungkin dihubungkan dengan infeksi virus.¹¹ 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.¹¹ Namun, efek terapeutik agen antivirus masih belum jelas. *Acyclovir* dan *famciclovir* merupakan agen antivirus yang umum digunakan.¹¹ 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.²

Terapi Oksigen Hiperbarik

Bell's palsy terjadi karena kerusakan akibat peradangan sel saraf wajah yang menyebabkan anoksia.¹⁰ Mekanisme ini menjadi dasar terapi oksigen hiperbarik.¹⁰

Oksigen hiperbarik meningkatkan difusi

oksigen pada daerah sekitar sel yang anoksia, diharapkan dapat memicu regenerasi sel.¹⁰ Penelitian pada tikus menemukan bahwa kombinasi terapi oksigen hiperbarik dan *steroid* menghasilkan penurunan degenerasi aksonal dan blokade pembuluh darah serta meningkatkan diameter aksonal.¹⁰ Namun, terapi ini memiliki beberapa risiko, pemberian tekanan 1,5-3 kali tekanan atmosfer dapat menyebabkan perubahan penglihatan, kesemutan jari, dan klaustrofobia.¹⁰

Stimulasi Elektrik

Stimulasi elektrik dapat menyebabkan kontraksi otot yang kehilangan inervasinya dan merangsang regenerasi saraf dan gen yang berpengaruh pada pertumbuhan.¹⁰

KOMPLIKASI

Secara umum, pasien *Bell's palsy* tidak mengalami komplikasi.¹³ Sebagian dapat mengalami paralisis komplit dan paralisis sebagian.¹³ Sebanyak 29% mengalami gejala sisa berupa kelemahan permanen otot wajah baik ringan maupun berat, 17% mengalami kontraktur, dan 16% mengalami spasme hemifasial atau *synkinesis*.¹³

PROGNOSIS

Keparahan *Bell's palsy* mulai dari ringan hingga berat, namun prognosis umumnya baik.² Sebanyak 71% pasien berhasil pulih dengan fungsi normal tanpa pengobatan.² Sekitar 13% meninggalkan kelemahan ringan dan sekitar 4% dengan kelemahan berat menyebabkan disfungsi mayor wajah.²



SIMPULAN

Bell's palsy adalah gangguan saraf yang terjadi pada satu sisi wajah tanpa adanya penyebab pasti. Gejala yang nampak bergantung pada cabang saraf wajah yang terkena. Diagnosis

dapat ditegakkan melalui anamnesis lengkap terkait onset pada gejala yang timbul dan pemeriksaan fisik, serta bila perlu dapat dilakukan pemeriksaan penunjang untuk menyingkirkan diagnosis lain. Pengobatan

yang diberikan dapat berupa farmakologis dan non-farmakologis agar gejala dapat berkurang dan fungsi pada saraf wajah dapat kembali optimal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Eviston T, Croxson G, Kennedy P, Hadlock T, Krishnan A. Bell's palsy: Aetiology, clinical features and multidisciplinary care. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 2015;86:1356-61.
2. Somasundara D, Sullivan F. Management of Bell's palsy. *Australian Prescriber*. 2017;40: 94-7.
3. Zhang W, Xu L, Luo T, Wu F, Zhao B, Li X. The etiology of Bell's palsy: A review. *J Neurol*. 2020;267:1896-905
4. Baugh R, Basura G, Ishii L, Schwartz S, Drumheller C, Burkholder R, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;149(3 Suppl):1-27.
5. Rahbar A, Baxter R, Rasgon B, Ray P, Black S, Klein J, et al. Epidemiologic and clinical features of Bell's palsy among children in Northern California. *Neuroepidemiology* 2012;38(4):252-8. doi: 10.1159/000338303.
6. Mustafa A, Suleiman A. Bell's palsy: A prospective study. *Int J Dent*. 2020;2020:2160256. doi: 10.1155/2020/2160256.
7. Heckmann J, Urban P, Pitz S, Lichius O, Gagyor I. The diagnosis and treatment of idiopathic facial paresis (Bell's palsy). *Deutsches Arzteblatt Internat*. 2019;116:692-702
8. Mustafa A, Sulaiman A. The epidemiology and management of Bell's palsy in the Sudan. *The Open Dentistry J*. 2018;12:827-36
9. Patel D, Levin K. Bell palsy: Clinical examination and management. *Cleveland Clinic J Med*. 2015;82(7):419-26
10. Zhao Y, Feng G, Gao Z. Advances in diagnosis and non-surgical treatment of Bell's palsy. *J Otol*. 2015;20:1-6
11. Kang H, Jung S, Byun J, Park M, Yeo S. Steroid plus antiviral treatment for Bell's palsy. *J Intern Med*. 2014;277(5): 1-8
12. Murthy J, Saxena A. Bell's palsy: Treatment guidelines. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011;14:70-2
13. Holland NJ, Bernstein JM. Bell's palsy. *BMJ Clin Evid*. 2014;2014:1204.