

Laporan Kasus: Pasien Perempuan 25 Tahun dengan Rhinitis Alergi

Muchammad Aqsa Enrico Ricardo¹, Mukhlis Imanto¹

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Telinga Hidung Tenggorokkan-Kepala dan Leher, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Rhinitis alergi merupakan inflamasi mukosa hidung yang dimediasi oleh imunoglobulin E dan ditandai oleh gejala bersin berulang, hidung tersumbat, rinore, serta keluhan okular seperti gatal dan berair. Kondisi ini sering ditemukan pada dewasa muda dan berkaitan erat dengan paparan alergen lingkungan serta faktor genetik. Laporan kasus ini membahas seorang perempuan berusia 25 tahun yang datang dengan keluhan hidung tersumbat berulang sejak empat tahun terakhir. Keluhan memberat pada pagi hari dan saat terpapar udara dingin. Pasien juga mengalami bersin berulang sebanyak 10 hingga 15 kali setiap kali terpapar debu, disertai rinore bening, rasa gatal pada hidung dan mata, serta kebiasaan mengucek hidung. Keluhan okular berupa mata berair dan terasa gatal juga dilaporkan secara konsisten. Pemeriksaan fisik menunjukkan mukosa cavum nasi dan septum berwarna livid, konka inferior tampak edema dan hiperemis dengan sekret bening. Tidak ditemukan deviasi septum maupun tanda infeksi akut. Berdasarkan riwayat gejala yang berlangsung lebih dari empat minggu dan temuan klinis yang khas, pasien didiagnosis sebagai rhinitis alergi persisten derajat ringan. Penatalaksanaan meliputi pemberian antihistamin oral cetirizine, dekonjestan pseudoefedrin HCl, serta kortikosteroid intranasal fluticasone furoate. Selain terapi farmakologis, pasien juga diberikan edukasi mengenai penghindaran alergen, penerapan pola hidup sehat, dan aktivitas fisik teratur. Kasus ini menunjukkan pentingnya identifikasi gejala jangka panjang, pemeriksaan fisik yang sistematis, serta kombinasi terapi farmakologis dan non-farmakologis untuk mengendalikan gejala, meningkatkan kualitas hidup, dan mencegah perburukan rhinitis alergi.

Kata kunci: Dewasa muda, inflamasi mukosa, rhinitis alergi

Allergic Rhinitis in a 25-Year-Old Woman: A Case Report

Abstract

Allergic rhinitis is an immunoglobulin E mediated inflammation of the nasal mucosa characterized by recurrent sneezing, nasal obstruction, rhinorrhea, and ocular symptoms such as itching and tearing. This condition is commonly observed in young adults and is closely associated with environmental allergen exposure and genetic predisposition. This case report describes a 25 year old woman who presented with recurrent nasal obstruction for the past four years. The symptoms were more pronounced in the morning and during exposure to cold air. The patient also reported repetitive sneezing episodes, occurring 10 to 15 times after exposure to dust, accompanied by clear rhinorrhea, nasal and ocular itching, and a habitual nose rubbing behavior. Ocular complaints, including watery and itchy eyes, were consistently reported. Physical examination revealed livid discoloration of the nasal cavity mucosa and septum. The inferior turbinates appeared edematous and hyperemic with clear nasal secretions. No septal deviation or signs of acute infection were observed. Based on the persistence of symptoms for more than four weeks and the characteristic clinical findings, the patient was diagnosed with mild persistent allergic rhinitis. Management included oral antihistamine therapy with cetirizine, a nasal decongestant containing pseudoephedrine hydrochloride, and intranasal corticosteroid therapy with fluticasone furoate. In addition to pharmacological treatment, the patient received education on allergen avoidance, adoption of healthy lifestyle practices, and regular physical activity. This case highlights the importance of recognizing long term symptoms, performing a thorough physical examination, and applying an appropriate combination of pharmacological and non pharmacological interventions to achieve symptom control, improve quality of life, and prevent disease progression in patients with allergic rhinitis.

Keywords: Allergic rhinitis, nasal inflammation, young adult

Pendahuluan

Rhinitis alergi merupakan suatu reaksi inflamasi dari mukosa hidung yang diperantarai oleh imunoglobulin E dan yang ditandai dengan adanya keluhan berupa hidung yang tersumbat, rhinorrhea dan atau mata gatal serta bersin.¹ Berdasarkan temuan *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Fase III*, prevalensi rinitis alergi di tingkat global

menunjukkan variasi yang luas, yakni antara 0,8 hingga 14,9% pada anak usia 6–7 tahun dan 1,4 hingga 39,7% pada kelompok usia 13–14 tahun.^{2,9}

Rhinitis alergi umumnya dipicu oleh paparan alergen seperti debu, bulu hewan, dan berbagai partikel lingkungan lainnya. Faktor genetik turut berperan signifikan, dengan sekitar 20–30% populasi dan 10–15% anak-anak

menunjukkan kecenderungan atopik. Risiko rhinitis alergi meningkat hingga empat kali lipat mencapai sekitar 50% apabila kedua orang tua memiliki riwayat atopik. Risiko tersebut bahkan dapat meningkat hingga 72% bila kedua orang tua mengalami manifestasi atopik serupa, seperti rhinitis alergi, asma, atau dermatitis atopik.³

Gejala rhinitis alergi umumnya meliputi hidung tersumbat yang dapat berganti-ganti sisi, bersin berulang dalam bentuk paroxysm sebanyak 5–10 kali atau lebih, serta rhinorrhea bening hingga putih. Pasien juga sering merasakan gatal pada hidung maupun palatum, disertai keluhan mata merah, gatal, dan berair. Selain itu, tanda-tanda atopi seperti *allergic shiner*, *allergic crease*, *Dennie–Morgan’s line*, dan *allergic salute* sering ditemukan pada pemeriksaan fisik.^{3,4}

Penatalaksanaan rhinitis alergi mencakup pendekatan non farmakologis dan farmakologis. Secara non farmakologis, pasien dianjurkan untuk menghindari paparan alergen yang memicu reaksi alergi serta menjaga kebugaran jasmani, karena aktivitas fisik terbukti dapat meningkatkan fungsi sistem imun dan membantu menurunkan gejala alergi. Secara farmakologis, terapi umumnya diberikan selama 2–4 minggu kemudian dievaluasi untuk menilai respons. Apabila terdapat perbaikan, pengobatan dapat dilanjutkan selama satu bulan berikutnya. Obat yang direkomendasikan meliputi antihistamin oral generasi kedua atau yang lebih baru, serta kortikosteroid intranasal sebagai lini utama. Pada kondisi tertentu, tindakan pembedahan dapat dipertimbangkan, terutama bila terdapat kelainan anatomi yang memperberat gejala. Selain itu, imunoterapi dapat diberikan secara sublingual maupun subkutan dengan pertimbangan khusus, dan biasanya dilakukan selama 3–5 tahun untuk mempertahankan efektivitas jangka panjang.^{3,4,5}

Kasus

Seorang perempuan berusia 25 tahun diantar keluarganya datang ke Poliklinik THT-KL RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dengan keluhan hidung sering tersumbat sejak 4 tahun yang lalu. keluhan yang dirasakan hilang timbul dan berhubungan dengan waktu, dimana keluhan tersebut muncul terutama pada pagi

hari dan memberat ketika cuaca dingin. Pasien mengeluhkan terkadang bersin-bersin dipagi hari, selain itu bersin-bersin akan terasa memberat ketika pasien menghirup debu. Pasien mengatakan bila ia menghirup debu ia akan bersin 10-15x dalam satu waktu yang disertai dengan adanya *secret* putih bening yang keluar dan rasa gatal di hidung serta mata, hal ini menyebabkan pasien sering mengucek–ucek pada area tersebut. Keluhan lain berupa rasa gatal dan mata yang banyak mengeluarkan air mata. Keluhan tidak memberat dengan perubahan posisi. Pasien juga mengeluhkan terasa seperti lendir di tenggorokannya.

Keluhan dirasakan pada kedua hidung. Keluhan yang dirasakan pasien semakin memberat terutama dalam satu bulan terakhir, dan menurut pasien keluhan tersebut tidak mengganggu aktivitas serta istirahatnya. Sebelumnya pasien sudah mencoba pengobatan berupa meminum obat panadol pilek yang dibeli sendiri di apotik namun menurut pasien keluhan tidak kunjung membaik sehingga akhirnya pasien ke rumah sakit. Keluhan demam, mual, muntah disangkal. Keluarga pasien ada yang menderita keluhan yang sama seperti pasien. Kakek pasien menderita hipertensi. Pasien juga sering berada di ruangan yang berpendingin ruangan.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, berat badan 56 kg dan tinggi badan 160 cm. Pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh tekanan darah 110/75 mmHg, denyut nadi 92x/menit, pernafasan 17x/menit, dan suhu tubuh 36,8 C. Pemeriksaan lokalis pada telinga dan cavum oris menunjukkan hasil dalam batas normal dan tidak terdapat kelainan. Pada pemeriksaan kelenjar getah bening dan tiroid tidak didapatkan adanya pembesaran.

Pemeriksaan hidung, pada mukosa cavum nasi dan mukosa septum berwarna livid, dorsum nasi simetris tanpa adanya deviasi septum, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat tumor, tidak terdapat fistel, dan terdapat sekret berwarna bening. Pada konka inferior berwarna kemerahan, edema, dan terdapat sekret. Konka media sulit untuk dinilai.



Gambar 1. Mukosa livid, edema, dan sekret bening

Pasien didiagnosis dengan rhinitis alergi persisten derajat ringan. Pada pasien diberikan terapi medikamentosa berupa cetirizin, pseudoefedrin HCL, dan fluticasone fluroate. Edukasi yang disampaikan yakni berupa menghindari kontak dengan alergen, istirahat yang cukup, olahraga yang teratur dan mengonsumsi makanan bergizi.

Pembahasan

Prevalensi rhinitis alergi berdasarkan diagnosis fisik hanya berkisar 15%, namun prevalensi ini dapat meningkat hingga 30% pada

pasien yang memiliki gejala pada hidung. Rhinitis alergi juga diketahui sering terjadi pada pasien 20-40 tahunan. Angka insidensi rhinitis alergi pada anak juga tergolong cukup tinggi.⁴ Hal ini sesuai pada pasien yang masih berumur 25 tahun dan memiliki gejala pada hidung seperti hidung tersumbat serta sering bersin.

Rhinitis alergi biasanya ditandai dengan serangan bersin berulang. Sebetulnya bersin merupakan gejala normal, terutama pada pagi hari atau bila terdapat kontak dengan sejumlah besar debu. Rhinitis alergi juga biasanya diikuti gejala lain seperti keluar ingus (rinore) yang encer dan banyak, hidung tersumbat, hidung dan mata yang gatal, yang biasanya disertai dengan keluarnya banyak air mata. Gejala yang timbul pada pasien sering kali tidak lengkap, terutama pada pasien anak. Keluhan hidung tersumbat pun kadang bisa menjadi satu-satunya gejala yang dirasakan pasien.^{3,9} Pada kasus ini, seorang perempuan berusia 25 tahun datang ke poli klinik THT-KL dengan keluhan keluhan hidung sering tersumbat sejak 4 tahun yang lalu. keluhan yang dirasakan hilang timbul dan berhubungan dengan waktu, keluhan tersebut muncul terutama pada pagi hari dan memberat ketika cuaca dingin. Pasien mengeluhkan terkadang bersin-bersin dipagi hari, selain itu bersin-bersin akan terasa memberat ketika pasien menghirup debu. Pasien mengatakan bila ia menghirup debu ia akan bersin 10-15x dalam satu waktu yang disertai dengan adanya secret putih bening yang keluar dan rasa gatal di hidung serta mata, hal ini menyebabkan pasien sering mengucek-ucek pada area tersebut.

Pada pasien dengan rhinitis alergi kronik akan mengalami *postnasal drip* dan hidung tersumbat yang terus menerus. Terdapat data yang menyatakan bahwa komponen genetik terlibat pada rhinitis alergi.⁴ Pada pasien juga mengeluhkan terasa seperti lendir ditenggorokannya. Pasien memiliki alergi terhadap debu dan dingin. Keluarga pasien juga memiliki keluhan yang sama bila terkena debu.

Klasifikasi rhinitis alergi berdasarkan rekomendasi dari WHO Initiative ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*), yaitu berdasarkan sifat berlangsungnya dibagi menjadi intermiten dan persisten. Intermiten apabila gejala dirasakan kurang dari 4 hari dalam 1 minggu atau kurang dari 4 minggu.

Sedangkan apabila gejala lebih dari 4 hari dalam 1 minggu dan lebih dari 4 minggu dapat dikatakan sebagai persisten. Pada pasien sudah mengalami gejala sejak 4 tahun yang lalu sehingga dapat dikatakan sebagai rhinitis alergi persisten.³ Menurut pasien keluhan tersebut tidak mengganggu aktivitas serta istirahatnya sehingga dapat digolongkan kepada ringan karena sesuai tingkat berat ringan rhinitis alergi dapat dibedakan menjadi 2, ringan apabila tidak ditemukan gangguan tidur, gangguan aktivitas harian, bersantai, berolahraga, belajar, bekerja, dan hal-hal lain yang mengganggu. Lalu sedang-berat apabila terdapat satu atau lebih dari gangguan.^{3,6}

Pada pemeriksaan hidung ditemukan mukosa cavum nasi dan mukosa septum berwarna livid, dorsum nasi simetris tanpa adanya deviasi septum, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat tumor, tidak terdapat fistel, dan terdapat sekret berwarna bening. Pada konka inferior berwarna kemerahan, edema, dan terdapat sekret. Konka media sulit untuk dinilai. Biasanya yang ditemukan pada pasien dengan rhinitis alergi yaitu mukosa hidung umumnya tampak edema, basah, dan berwarna pucat atau livid, disertai sekret encer dalam jumlah banyak. Pada kasus dengan gejala persisten, konka inferior dapat menunjukkan pembesaran atau hipertrofi. Lalu dapat dilakukan pemeriksaan nasoendoskopi sebagai penunjang bila fasilitas tersedia.^{3,8,10} Rhinitis alergi merupakan gangguan kronis dengan kecenderungan peningkatan prevalensi di masa mendatang, yang berkaitan dengan berbagai faktor risiko seperti meningkatnya kebersihan lingkungan dan paparan alergen yang lebih tinggi. Penggunaan nasoendoskopi sebagai alat untuk menilai dan mengevaluasi tingkat keparahan rhinitis alergi terbukti memberikan temuan yang signifikan secara statistik dalam penelitian ini. Perubahan warna kebiruan pada konka inferior pada rhinitis alergi disebabkan oleh edema mukosa dan kongesti vena sebagai respons terhadap mediator inflamasi, seperti histamin. Temuan sebelumnya juga menunjukkan bahwa pasien rhinitis alergi sering mengalami gejala seperti rinorea, postnasal drip, dan kemerahan pada mata. Secara umum, mukosa hidung pada penderita rhinitis alergi tampak mengalami inflamasi dan hipertrofi.^{7,11}

Diagnosis rhinitis alergi ditegakkan melalui identifikasi hubungan antara pajanan alergen dan respons imun dimulai dari fase sensitisasi ketika antigen diproses oleh sel penyaji antigen dan memicu produksi IgE spesifik yang berikatan dengan mast cell, diikuti fase reaksi primer yang terjadi dalam menit setelah pajanan dengan pelepasan mediator seperti histamin dan leukotrien yang menyebabkan rinore, bersin, gatal, serta kongesti dan fase reaksi sekunder beberapa jam kemudian akibat rekrutmen sel inflamasi. Secara klinis, diagnosis ditegakkan melalui gejala khas (bersin berulang, rinore jernih, hidung gatal, obstruksi), riwayat pajanan alergen, temuan mukosa hidung yang edema/pucat, serta dapat dikonfirmasi dengan uji alergi seperti *skin prick test* atau pemeriksaan IgE spesifik serum.⁸ Tentunya dengan menyampingkan tiap-tiap diagnosis banding seperti rhinitis vasomotor, rhinosinusitis kronik, dan rhinitis medikamentosa.

Rhinitis vasomotor menunjukkan gejala yang menyerupai rhinitis alergi, namun manifestasi utamanya berupa hidung tersumbat yang bergantian sisi sesuai dengan posisi tubuh pasien. Rinore yang muncul biasanya bersifat mukoid atau serosa, dan keluhan mata jarang ditemukan. Diagnosis umumnya ditegakkan secara eksklusif dengan menyingkirkan kemungkinan rhinitis infeksi, alergi, okupasional, hormonal, maupun akibat penggunaan obat. Pada anamnesis, penting untuk menilai berbagai faktor yang dapat memengaruhi timbulnya gejala.³

Rhinosinusitis kronik umumnya memiliki keluhan yang tidak spesifik sehingga sering menyulitkan penegakan diagnosis. Pasien dapat hanya menunjukkan satu atau dua gejala, seperti sakit kepala kronik, post-nasal drip, batuk berkepanjangan, gangguan tenggorok, serta keluhan telinga akibat obstruksi kronik muara tuba Eustachius. Manifestasi respiratori lain juga dapat muncul, termasuk bronchitis, bronkiektasis, serta serangan asma yang semakin sering dan sulit dikendalikan. Pemeriksaan fisik melalui rinoskopi anterior maupun posterior, serta nasoendoskopi, sangat dianjurkan untuk memperoleh diagnosis yang lebih akurat dan lebih dini. Temuan khas berupa keberadaan pus pada meatus medius

menunjukkan keterlibatan sinus maksila, etmoid anterior, atau frontal, sedangkan pus pada meatus superior mengarah pada sinusitis etmoid posterior atau sfenoid. Pemeriksaan penunjang yang penting meliputi foto polos atau CT scan.³

Rhinitis medikamentosa merupakan gangguan hidung yang terjadi akibat terganggunya respons vasomotor normal setelah penggunaan vasokonstriktor topikal, baik dalam bentuk tetes maupun semprot hidung, secara berlebihan dan dalam jangka waktu lama. Kondisi ini menimbulkan obstruksi hidung yang persisten dan pada dasarnya berkaitan dengan penyalahgunaan obat dekongestan topikal.³ Dengan mengeyampingkan ketiga diagnosis banding diatas dapat ditegakkan diagnosis rhinitis alergi pada pasien.

Pasien diberikan terapi medikamentosa berupa cetirizin, pseudoefedrin HCL, dan fluticasone fluroate. Antihistamin generasi pertama meliputi diphenhydramine, chlorpheniramine, dan hydroxyzine, lalu antihistamin generasi kedua mencakup fexofenadine, loratadine, desloratadine, dan cetirizine. Kedua generasi antihistamin tersebut efektif dalam mengendalikan gejala rinitis alergi. Namun, antihistamin generasi kedua memiliki selektivitas yang lebih tinggi terhadap reseptor H1, menyebabkan sedasi yang lebih minimal, serta memiliki waktu paruh yang lebih panjang (12–24 jam) dibandingkan antihistamin generasi pertama. Dekongestan oral seperti pseudoefedrin dapat membantu meredakan gejala, namun tidak dianjurkan untuk penggunaan harian jangka panjang karena berpotensi menimbulkan efek samping yang signifikan. Terapi kortikosteroid intranasal dapat diberikan sebagai monoterapi maupun dikombinasikan dengan antihistamin oral pada pasien dengan gejala ringan, sedang, maupun berat. Berbagai studi menunjukkan bahwa kortikosteroid intranasal lebih unggul dibandingkan antihistamin dalam mengurangi peradangan mukosa hidung dan memperbaiki kelainan patologis mukosa. Oleh karena itu, kortikosteroid intranasal direkomendasikan sebagai terapi lini pertama pada rhinitis alergi.^{4,8,10}

Edukasi yang disampaikan kepada pasien berupa menghindari kontak dengan alergen,

istirahat yang cukup, olahraga yang teratur dan mengonsumsi makanan bergizi. Upaya menghindari pemicu, terutama pada pasien dengan gejala musiman, tetap dianjurkan meskipun dalam praktiknya tidak selalu mudah dilakukan. Tindakan pencegahan dapat dilakukan untuk mengurangi paparan tungau debu, bulu hewan, dan bahan pelapis rumah tangga, namun langkah-langkah tersebut sering memerlukan perubahan gaya hidup yang cukup besar dan mungkin tidak selalu dapat diterima oleh pasien.^{4,8}

Simpulan

Kasus ini menggambarkan seorang pasien dewasa muda dengan rhinitis alergi persisten derajat ringan yang menunjukkan gejala klasik berupa hidung tersumbat berulang, bersin paroksismal, rinore bening, serta keluhan ocular berupa gatal dan mata berair yang dipicu oleh paparan alergen seperti debu dan udara dingin. Diagnosis ditegakkan berdasarkan riwayat keluhan kronik, temuan mukosa hidung yang edema dan livid, serta eksklusi terhadap diagnosis banding lainnya. Terapi kombinasi antihistamin oral, dekongestan, dan kortikosteroid intranasal menunjukkan pentingnya tatalaksana farmakologis yang terarah, disertai edukasi penghindaran alergen dan modifikasi gaya hidup. Penatalaksanaan yang tepat dapat memperbaiki kualitas hidup pasien dan mencegah perburukan gejala maupun komplikasi jangka panjang.

Daftar Pustaka

1. Julianda W. Rinitis alergi pada anak. *Jurnal Otorinolaringologi Kepala dan Leher Indonesia*. 2023;2(1)
2. Waruwu IKP, Pangestu II, Meutia S, Sangging PRA, Himayani R. Rhinitis alergi: etiologi, patofisiologi, diagnosis dan tatalaksana. *Med Prof J Lampung*. 2023;13(4.1):21–6.
3. Iskandar N, Soepardi E, Bashiruddin J, editors. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorokan Kepala dan Leher*. Edisi ke-7. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2017.
4. Akhouri S, House SA. Allergic Rhinitis. In: *StatPearls*. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2023.

5. Pratama RB. Manajemen terapi rhinitis. *J Med Utama*. 2021;2(3):973-977.
6. Brożek JL, Bousquet J, Agache I, Agarwal A, Bachert C, Bosnic-Anticevich S, Schünemann HJ, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines 2016 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;140(4):950-8.
7. Hussain SM, editor. ENT, Head & Neck Emergencies: A Logan Turner Companion. Boca Raton: CRC Press; 2018.
8. Al-Ihya AD, PNR GSF, Sangging PRA, Himayani R. Literature Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Allergic Rhinitis. *Medical Profession Journal of Lampung*. 2023;13(4.1):156-9.
9. Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Semarang. Rhinitis Pada Anak. Semarang: FK UNNES; 2018.
10. Kecil P, Keith PK, Kim H. Allergic Rhinitis. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ) / PMC*. 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6156899/>
11. The Calgary Guide. Allergic Rhinitis: Pathogenesis and Clinical Findings. 2024. Available from: <https://calgaryguide.ucalgary.ca/allergic-rhinitis-pathogenesis-and-clinical-findings/>