

Efektivitas Kortikosteroid Intranasal vs Antihistamin Oral pada Rhinitis Alergi

Fitri Dwiyanti¹, Fivien Ferdiani², Mukhlis Imanto³

¹Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Telinga Hidung dan Tenggorokkan-Kepala dan Leher,
Rumah Sakit Umum Abdoel Moelok Lampung

³Bagian Telinga Hidung dan Tenggorokkan-Kepala dan Leher,
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Rhinitis Alergi (RA) merupakan penyakit inflamasi kronik pada mukosa hidung yang diperantarai oleh imunoglobulin E (IgE) akibat paparan alergen, dengan manifestasi klinis berupa rinore, obstruksi nasal, bersin, dan pruritus hidung. Penyakit ini memiliki prevalensi yang cukup tinggi dan menunjukkan kecenderungan peningkatan, serta berdampak signifikan terhadap kualitas hidup terkait kesehatan, produktivitas, dan fungsi kognitif penderitanya. Penatalaksanaan RA bertujuan untuk mengontrol gejala, memperbaiki kualitas hidup, serta mencegah komplikasi dan komorbiditas yang menyertai. Literature review ini bertujuan untuk membandingkan efektivitas kortikosteroid intranasal (INCS) dan antihistamin oral (OAH) dalam pengelolaan rhinitis alergi. Metode yang digunakan adalah penelusuran literatur melalui database Google Scholar pada periode 2017–2025 menggunakan kata kunci “rhinitis alergi”, “terapi rhinitis alergi”, serta “kortikosteroid intranasal dan antihistamin oral”. Artikel yang disertakan adalah publikasi berbahasa Indonesia dan Inggris yang membahas efektivitas kedua modalitas terapi tersebut, sedangkan penelitian sebelum tahun 2017 dikecualikan. Hasil telaah pustaka menunjukkan bahwa antihistamin oral efektif dalam mengendalikan gejala fase cepat yang dimediasi histamin, seperti bersin, pruritus, dan rinore, serta memiliki onset kerja yang cepat sehingga cocok untuk penggunaan intermiten. Sebaliknya, kortikosteroid intranasal menunjukkan efektivitas yang lebih unggul dalam mengatasi obstruksi nasal dan inflamasi mukosa yang persisten melalui mekanisme antiinflamasi berspektrum luas. Selain itu, INCS juga terbukti efektif dalam mengendalikan gejala okular dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan. Kesimpulannya, kortikosteroid intranasal merupakan terapi lini pertama dan standar emas pada rhinitis alergi sedang hingga berat atau persisten, sedangkan antihistamin oral lebih sesuai untuk gejala ringan atau sebagai terapi tambahan sesuai kebutuhan klinis.

Kata Kunci: Antihistamin oral, kortikosteroid intranasal, rhinitis alergi

Effectiveness of Intranasal Corticosteroids vs Oral Antihistamines in Allergic Rhinitis

Abstract

Allergic Rhinitis (AR) is a chronic inflammatory disorder of the nasal mucosa mediated by immunoglobulin E after exposure to specific allergens. It is characterized by rhinorrhea, nasal obstruction, sneezing, and nasal itching. AR has a high and increasing global prevalence and significantly affects quality of life, sleep quality, cognitive performance, and daily productivity. Effective management is required to control symptoms and prevent complications and comorbidities. This literature review compares the effectiveness of intranasal corticosteroids (INCS) and oral antihistamines (OAH) in the management of allergic rhinitis. A literature search was conducted using the Google Scholar database for studies published between 2017 and 2025, using the keywords “allergic rhinitis”, “allergic rhinitis therapy”, and “intranasal corticosteroids and oral antihistamines”. Included articles were accessible, written in English or Indonesian, and discussed the comparative effectiveness of INCS and OAH. Studies published before 2017 were excluded. The findings show that oral antihistamines effectively relieve early-phase, histamine-mediated symptoms such as sneezing, nasal itching, and rhinorrhea, with a rapid onset of action suitable for intermittent use. In contrast, intranasal corticosteroids are more effective in reducing nasal congestion and controlling persistent inflammation due to their broad anti-inflammatory effects. INCS also improve ocular symptoms and provide greater overall improvement in health-related quality of life compared to antihistamines alone. Overall, intranasal corticosteroids are recommended as first-line therapy for moderate to severe or persistent allergic rhinitis, while oral antihistamines remain useful for mild symptoms or as adjunctive therapy according to individual clinical needs.

Keywords: Allergic rhinitis, intranasal corticosteroids, oral antihistamines

Korespondensi: Fitri Dwiyanti, alamat Bandar Lampung, Lampung, hp 082269505374, e-mail: fitridwiyanti448@gmail.com

Pendahuluan

Rhinitis Alergi (RA) merupakan manifestasi klinis pada mukosa nasal yang timbul akibat reaksi inflamasi yang diperantarai

oleh Imunoglobulin E (IgE) pasca-paparan terhadap alergen. Gambaran klinis yang khas dari kondisi ini mencakup adanya rinore,

kongesti atau penyumbatan hidung, pruritus (rasa gatal), serta frekuensi bersin yang intens.¹

Berdasarkan data epidemiologis, estimasi prevalensi Rhinitis Alergi (RA) di populasi Indonesia berkisar antara 10-20% dengan tren insidensi yang menunjukkan peningkatan progresif. Rerata usia awitan (*onset*) gejala klinis tercatat pada rentang 8 hingga 11 tahun, di mana akumulasi 80% kasus telah bermanifestasi sebelum pasien mencapai usia 20 tahun.²

Dampak klinis RA meluas jauh melampaui gejala fisik semata. Pasien dengan RA sering mengalami penurunan Kualitas Hidup Terkait Kesehatan (*Health-Related Quality of Life/HRQoL*) yang signifikan. Dampak ini mencakup gangguan tidur, kelelahan kronis (*fatigue*), gangguan kognitif, serta penurunan produktivitas kerja dan prestasi akademik di sekolah.³

Secara patofisiologis, RA merupakan manifestasi hipersensitivitas tipe I bergantung-IgE yang berlangsung dalam dua tahap temporal distingtif. Segera setelah kontak dengan alergen, fase cepat terjadi melalui aktivasi sel mast yang melepaskan histamin, memicu trias gejala akut (bersin, gatal, rinore). Proses ini diikuti oleh fase lambat dengan latensi 4 hingga 8 jam, di mana terjadi infiltrasi sitokin dan sel inflamasi seperti eosinofil dan sel Th2. Akumulasi mediator ini menyebabkan perubahan struktural berupa vasodilatasi dan edema jaringan, yang berkontribusi utama terhadap terjadinya obstruksi jalan napas hidung.⁴

Studi pustaka ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas kortikosteroid intranasal vs antihistamin oral pada rhinitis alergi. Metode yang digunakan pada penulisan literature review ini adalah penelusuran literature menggunakan database google scholar dengan periode (2017-2025) dengan search terms "Rhinitis Alergi" ditemukan 2.070 artikel di google scholar, "terapi rhinitis alergi" ditemukan 975 artikel di google scholar, "kortikosteroid intranasal dan antihistamin oral rhinitis alergi" ditemukan 71 artikel di google scholar. Adapun kriteria inklusi dalam literature review ini adalah artikel bahasa Indonesia maupun Inggris yang dapat diakses serta membahas mengenai efektivitas kortikosteroid intranasal vs antihistamin oral pada rhinitis alergi dan kriteria eksklusi dalam literature

review ini adalah penelitian dibawah tahun 2017.

Isi

Rhinitis Alergi (RA) merupakan manifestasi inflamasi pada mukosa nasal yang diperantarai oleh Imunoglobulin E (IgE), dipicu oleh adanya paparan terhadap alergen spesifik. Kondisi ini menghasilkan beban morbiditas yang substansial, berefek negatif terhadap arsitektur tidur, produktivitas okupasional, serta performa akademik penderitanya. Secara klinis, RA kerap kali terkait dengan komorbiditas atopi sistemik, yang meliputi dermatitis atopi, alergi makanan, dan asma. Simptomatologi utama yang teramati mencakup rinore, obstruksi nasal, dan bersin paroksismal, meskipun manifestasi okular (gejala mata) juga sering menyertai.⁵

Penegakan diagnosis Rhinitis Alergi (RA) didapatkan melalui evaluasi triadik yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis komprehensif harus mencakup penilaian seluruh spektrum simptomatologi nasal dan okular (rinorea, pruritus, bersin, kongesti), dengan pencatatan waktu onset gejala yang krusial untuk mengidentifikasi alergen kausatif. Asesmen riwayat penyakit komorbid, seperti asma yang prevalensinya mencapai 40% pada pasien RA serta riwayat atopi keluarga, merupakan faktor pendukung yang signifikan. Pemeriksaan fisik difokuskan pada penilaian kondisi eksternal dan internal hidung untuk mencari tanda-tanda atopi, seperti pruritus pada hidung atau palatum, kongesti nasal, disfungsi tuba Eustachius, dan penanda spesifik (allergic shiner, allergic salute, allergic crease). Konfirmasi diagnosis kemudian didukung oleh pemeriksaan penunjang, di mana Skin Prick Test (SPT) merupakan modalitas pilihan utama karena sifatnya yang cepat, non-invasif, dan ekonomis untuk mengonfirmasi atau menyingkirkan adanya sensitisasi alergen. Sementara itu, pemeriksaan in vitro IgE spesifik diindikasikan sebagai alternatif ketika SPT dikontraindikasikan, misalnya pada pasien dengan dermatosis luas atau yang sedang menjalani regimen terapi antihistamin.⁵

Algoritma tatalaksana standar untuk Rhinitis Alergi (RA) diawali dengan intervensi non-farmakologis, yakni strategi penghindaran alergen. Pasien diwajibkan untuk memitigasi

pajanan terhadap alergen relevan dengan menerapkan tindakan pencegahan, seperti menutup jendela untuk membatasi masuknya serbuk sari, mengontrol kelembaban lingkungan di bawah 40% demi menekan populasi tungau debu, serta menggunakan filter udara untuk eliminasi bulu binatang. Jika simptomatologi tetap persisten pasca-penghindaran alergen, terapi farmakologis diinisiasi. Antihistamin Oral (OAH) secara tradisional dianggap sebagai agen farmakologis lini pertama karena efektivitas dan profil efek sampingnya yang minimal. Meskipun demikian, Kortikosteroid Intranasal (INCS) juga direkomendasikan sebagai pengobatan lini pertama, dengan bukti klinis secara konsisten menegaskan bahwa INCS menunjukkan efektivitas yang lebih superior dibandingkan monoterapi OAH. Kombinasi kedua modalitas terapeutik tersebut terbukti memberikan luaran klinis yang signifikan.⁶

Pemilihan strategi terapeutik antara Antihistamin Oral (OAH) dan Kortikosteroid Intranasal (INCS) didasarkan pada evaluasi komprehensif terhadap severitas penyakit dan kronisitas gejala. Mengacu pada protokol Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) serta konsensus global, OAH direkomendasikan sebagai intervensi primer pada kasus dengan manifestasi ringan atau intermiten, terutama yang didominasi oleh respons iritatif histaminergik (pruritus, bersin, dan rinore) tanpa disertai gangguan patensi jalan napas yang signifikan. Sebaliknya, INCS diposisikan sebagai modalitas standar emas (gold standard) bagi pasien dalam kategori derajat moderat-berat maupun persisten (dengan skor Visual Analogue Scale > 5). Lebih lanjut, aplikasi steroid topikal ini menjadi indikasi mutlak bagi kasus dengan keluhan utama berupa kongesti nasal berat serta manifestasi okular yang bersifat refrakter terhadap monoterapi antihistamin sistemik.⁷

Kortikosteroid intranasal (INCS), seperti mometasone dan fluticasone, menduduki peran vital dalam manajemen inflamasi mukosa melalui aktivitas genomik yang ekstensif. Mekanisme ini dimediasi oleh pengikatan ligan pada reseptor glukokortikoid (GR) di sitoplasma, yang diikuti translokasi nuklear untuk menghambat faktor transkripsi pro-inflamasi seperti NF- κ B dan AP-1

(transrepression). Proses molekuler ini secara efektif menekan biosintesis berbagai mediator inflamasi termasuk leukotrien dan sitokin, serta membatasi rekrutmen sel efektor (eosinofil), sehingga memberikan efikasi superior dalam mereduksi edema jaringan dan mengatasi obstruksi nasal dibandingkan modalitas terapi lainnya.^{1,4}

Sebagai pembanding, antihistamin oral generasi kedua (seperti cetirizine dan loratadine) memiliki target kerja yang lebih spesifik sebagai inverse agonist selektif pada reseptor histamin H1 perifer. Berbeda dengan antagonis konvensional, agen ini bekerja dengan mempertahankan reseptor H1 dalam status konformasi inaktif, sehingga memblokir respons terhadap histamin endogen yang dilepaskan pasca-degranulasi sel mast. Profil farmakodinamika ini sangat poten dalam menanggulangi manifestasi fase cepat histaminergik meliputi pruritus, bersin paroksismal, dan rinore, namun memiliki keterbatasan signifikan dalam memodulasi kaskade mediator inflamasi non-histamin, yang membedakannya dari potensi anti-inflamasi luas yang dimiliki oleh golongan kortikosteroid.¹

Evaluasi literatur terkini secara konsisten menempatkan Kortikosteroid Intranasal (INCS) di atas Antihistamin Oral (OAH) dalam hierarki penanganan gejala kongesti nasal. Keunggulan ini berkaitan erat dengan kemampuan INCS menekan edema jaringan dan komponen inflamasi kronis yang melibatkan mediator non-histaminergik sedangkan OAH hanya menargetkan jalur histamin yang kurang berperan dalam patogenesis sumbatan mekanis. Data klinis mengindikasikan bahwa penggunaan OAH sebagai monoterapi sering kali gagal mencapai perbaikan signifikan pada parameter aliran udara hidung, meskipun efektif untuk gejala fase cepat. Atas dasar ini, INCS direkomendasikan sebagai intervensi lini pertama pilihan bagi pasien yang mempresentasikan dominasi gejala obstruksi.⁸

Meskipun OAH menunjukkan efektivitas yang mapan dalam memblokir reseptor H1 untuk mengatasi gejala iritatif akut, literatur medis terkini menantang batasan indikasi tersebut dengan menyoroti efikasi Kortikosteroid Intranasal (INCS). Studi komparatif dan konsensus global (ICAR:AR) menegaskan bahwa penggunaan INCS secara

reguler menghasilkan penurunan skor gejala bersin dan gatal yang lebih signifikan dibandingkan OAH. Hal ini disebabkan oleh mekanisme kerja INCS yang lebih mendalam, yakni melalui down-regulation sensitivitas neuronal dan supresi kaskade inflamasi yang mendasari gejala. Oleh karena itu, INCS divalidasi sebagai terapi holistik yang mampu menargetkan totalitas simptomatologi Rhinitis Alergi, melampaui sekadar manajemen obstruksi nasal.⁸

Secara historis, Antihistamin Oral (OAH) diposisikan sebagai modalitas primer dalam penanganan manifestasi konjungtivitis alergi. Namun, sintesis bukti dari berbagai meta-analisis dan konsensus global terkini merevisi pandangan tersebut dengan memvalidasi bahwa Kortikosteroid Intranasal (INCS) memiliki efikasi klinis yang ekuivalen, bahkan superior, dalam mereduksi simptomatologi okular dibandingkan OAH. Fenomena *cross-efficacy* ini, di mana aplikasi topikal nasal memberikan dampak terapeutik pada organ mata diatribusikan pada mekanisme supresi refleksi nazo-okular (naso-ocular reflex) serta inhibisi propagasi mediator inflamasi dari mukosa hidung. Temuan ini memiliki implikasi klinis krusial, yakni menjustifikasi peran INCS sebagai monoterapi yang adekuat bagi pasien Rhinitis Alergi dengan ko-morbiditas okular, tanpa memerlukan polifarmasi dengan tambahan antihistamin sistemik atau topikal mata.^{1,4}

Dalam aspek farmakokinetik klinis, Antihistamin Oral (OAH) menunjukkan superioritas yang jelas dalam hal cepatnya respons terapeutik (onset of action). OAH generasi kedua, seperti cetirizine atau loratadine, mencapai efektivitas klinis dalam rentang waktu 1 hingga 2 jam pasca-administrasi. Akselerasi klinis ini berkorelasi langsung dengan mekanisme kerjanya sebagai inverse agonist reseptor histamin H1 perifer, yang secara cepat memblokir efek histamin yang dilepaskan pada fase awal reaksi alergi. Kecepatan ini menjadikan OAH sebagai modalitas pilihan ideal untuk penggunaan *pro re nata* (PRN) atau intermiten, yang sangat berharga bagi pasien Rhinitis Alergi yang membutuhkan penanganan cepat terhadap eksaserbasi gejala akut seperti bersin dan pruritus nasal.^{1,8}

Sebaliknya, Kortikosteroid Intranasal (INCS) memiliki latensi terapeutik yang signifikan, yang merupakan konsekuensi inheren dari mekanisme farmakodinamiknya yang melibatkan modulasi transkripsi genetik untuk menekan inflamasi secara luas. Walaupun perbaikan simptomatik awal dapat teramati dalam 3 hingga 12 jam pada beberapa molekul steroid modern, efikasi klinis maksimal (peak therapeutic effect) INCS bersifat kumulatif dan umumnya baru tercapai setelah administrasi kontinu selama beberapa hari hingga dua minggu. Keterlambatan respons ini berarti INCS tidak efektif sebagai obat on-demand. Kompromi klinis ini menuntut adherensi terhadap regimen dosis rutin (maintenance therapy), yang diimbangi dengan efikasi superior INCS dalam mengatasi inflamasi mukosa dan obstruksi nasal secara berkelanjutan, sebuah luaran yang tidak dapat dicapai oleh OAH yang cepat bekerja.^{1,4}

Margin keamanan Antihistamin Oral (OAH) sangat dipengaruhi oleh klasifikasi generasinya. Meskipun agen generasi pertama menunjukkan efek terapeutik yang kuat, mereka menimbulkan risiko efek samping sistemik yang signifikan, terutama sedasi sentral, pusing (vertigo), dan manifestasi antikolinergik (seperti xerostomia dan retensi urin). Komplikasi ini diakibatkan oleh lipofilisitas obat yang tinggi, memungkinkan terjadinya penetrasi ekstensif melalui sawar darah-otak, yang berujung pada aktivitas pada sistem saraf pusat.⁸

Di sisi lain, Kortikosteroid Intranasal (INCS) memiliki profil keamanan sistemik yang sangat prima, sehingga menjadi modalitas pilihan untuk terapi rumatan jangka panjang. Mayoritas formulasi INCS modern didesain dengan bioavailabilitas sistemik yang minimal (lazimnya di bawah 1%), sebuah karakteristik yang diperkuat oleh eliminasi yang cepat melalui metabolisme *first-pass*. Karakteristik farmakokinetik ini secara efektif meminimalisasi risiko efek samping sistemik yang serius seperti supresi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) pada dosis klinis yang direkomendasikan.^{1,4}

Kepatuhan terhadap terapi Kortikosteroid Intranasal (INCS) seringkali dihadapkan pada kendala signifikan pada fase awal, terutama akibat persyaratan administrasi

topikal yang menuntut penguasaan teknik penyemprotan yang presisi serta potensi insiden efek samping lokal, seperti iritasi mukosa, epistaksis, dan sensasi pahit akibat post-nasal drip. Meskipun kesulitan ini, yang diperburuk oleh kebutuhan regimen penggunaan kontinu (bukan *on-demand*), berpotensi menurunkan adherensi awal pasien, literatur klinis menunjukkan adanya kompensasi kuat dalam jangka panjang. Superioritas efikasi INCS dalam mengendalikan obstruksi nasal. Gejala yang paling mengganggu Kualitas Hidup Terkait Kesehatan (HRQoL) menghasilkan peningkatan fungsional yang substansial, yang pada akhirnya menjustifikasi dan mempertahankan kepatuhan penggunaan INCS secara berkelanjutan.⁹

Ditinjau dari perspektif kepraktisan klinis dan penerimaan pasien jangka pendek, Antihistamin Oral (OAH) secara konsisten menampilkan superioritas. Administrasi obat dalam bentuk sediaan oral (tablet atau kapsul) merupakan metode yang sangat familiar bagi mayoritas pasien, tidak menuntut penguasaan teknik khusus, dan dinilai lebih nyaman. Faktor kemudahan ini berkorelasi langsung dengan peningkatan signifikan pada tingkat kepatuhan awal (*initial adherence*) terhadap regimen terapeutik. Penilaian Patient-Reported Outcomes (PROs) sering mencatat kecenderungan pasien memilih OAH karena portabilitas dan fleksibilitas penggunaannya (*on-the-go*), terutama pada individu dengan Rhinitis Alergi intermiten atau subjek yang baru memulai intervensi. Selain itu, minimnya insiden efek samping lokal pada OAH juga turut meningkatkan tolerabilitas, yang mengukuhkan preferensi pasien.¹⁰

Ringkasan

Rhinitis Alergi (RA) merupakan kelainan nasal simptomatik yang didasari oleh reaksi hipersensitivitas Tipe I yang diperantarai oleh Imunoglobulin E (IgE), dengan patogenesis yang melibatkan kaskade inflamasi bifasik. Manifestasi akut pada fase cepat dipicu oleh pelepasan histamin, sedangkan gejala persisten terutama obstruksi nasal disebabkan oleh infiltrasi selular dan edema mukosa pada fase lambat. Secara epidemiologis, RA memiliki prevalensi yang signifikan dan menimbulkan beban morbiditas yang luas, memengaruhi

Kualitas Hidup Terkait Kesehatan (HRQoL) pasien, kinerja kognitif, dan produktivitas harian.

Strategi farmakoterapi lini pertama didominasi oleh INCS dan OAH. OAH generasi kedua berfungsi sebagai inverse agonist yang menargetkan reseptor H1, efikasinya spesifik untuk mereduksi gejala fase cepat histaminergik. Sebaliknya, INCS bekerja melalui jalur genomik, menghasilkan supresi inflamasi berspektrum luas terhadap leukotrien dan sitokin. Superioritas INCS tervalidasi secara klinis sebagai modalitas standar emas untuk mengatasi obstruksi nasal yang dimediasi inflamasi fase lambat. Lebih dari itu, bukti terkini menunjukkan bahwa INCS juga ekuivalen atau lebih unggul dari OAH dalam mengendalikan gejala iritatif dan manifestasi okular, karena kemampuannya memodulasi hipersensitivitas saraf sensorik mukosa.

Perbedaan mendasar dalam mekanisme kerja tersebut menciptakan dikotomi dalam strategi dosing. OAH memiliki keunggulan farmakokinetik yang jelas dengan onset of action yang cepat (1-2 jam) akibat mekanisme blokade reseptor langsung. Profil cepat ini menjadikannya ideal untuk penggunaan *on-demand* atau intermiten dalam meredakan eksaserbasi akut. Kontras dengan OAH, INCS memiliki latensi terapeutik karena mekanisme genomik yang membutuhkan akumulasi dosis. Efek klinis maksimal INCS baru tercapai setelah administrasi kontinu selama 1-2 minggu, menjadikannya terapi yang wajib digunakan sebagai regimen rumatan (*maintenance*) dan tidak efektif untuk penggunaan insidental. Tinjauan profil keamanan menunjukkan bahwa OAH, khususnya generasi pertama, memiliki risiko efek samping sistemik yang lebih besar (sedasi, disfungsi kognitif) karena penetrasi sawar darah-otak. Sementara itu, INCS menampilkan margin keamanan sistemik yang prima, dengan efek samping mayoritas bersifat lokal dan ringan (epistaksis). Meskipun OAH unggul dalam kepraktisan administrasi dan kepatuhan awal, superioritas efikasi INCS dalam mengontrol obstruksi gejala yang paling mengganggu pada akhirnya menjustifikasi kepatuhan penggunaan jangka panjang dan menghasilkan peningkatan substansial pada HRQoL pasien dengan RA sedang-berat.

Tabel 1. Perbandingan INCS dan OAH

Parameter Perbandingan		Kortikostero id Intranasal (INCS)	Antihistamin Oral (OAH)
Mekanisme Kerja Utama		Anti-inflamasi luas (Menekan sitokin & sel eosinofil)	Antagonis/Inverse Agonist Reseptor Histamin H1
Efikasi pada Obstruksi Nasal		Superior (Paling efektif)	Kurang Efektif
Efikasi Bersin/Gatal	pada	Sangat Efektif (Setara atau Lebih Baik)	Sangat Efektif (Baik untuk fase cepat)
Efikasi pada Gejala Mata		Efektif (Melalui Refleks Nazo-okular)	Efektif (Sistemik)
Kecepatan Kerja (Onset)	Mula	Lambat (Beberapa hari untuk efikasi maksimal)	Cepat (1–2 Jam)
Indikasi (Berdasarkan ARIA)	Utama	Rhinitis Sedang-Berat / Persisten	Rhinitis Ringan / Intermiten
Risiko Efek Samping Dominan		Lokal (Epistaksis, Iritasi, Rasa Kering)	Sistemik (Sedasi ringan, Mulut Kering)
Kebutuhan Penggunaan		Wajib Rutin (Maintenance)	Bisa On-Demand (Bila Perlu)
Kepatuhan/Prefere nsi Pasien		Lebih Rendah (Memerlukan Teknik)	Lebih Tinggi (Bentuk Pil, Praktis)

Simpulan

Penatalaksanaan Rhinitis Alergi (RA) secara fundamental harus membedakan antara intervensi cepat dan kontrol penyakit jangka panjang. Kortikosteroid Intranasal (INCS) adalah modalitas farmakologis yang superior dan paling komprehensif untuk terapi RA persisten dan sedang-berat, serta menjadi standar emas untuk mengatasi gejala obstruksi nasal, yang disebabkan oleh efikasi anti-inflamasi berspektrum luas melalui mekanisme genomik. Meskipun Antihistamin Oral (OAH) menunjukkan keunggulan farmakokinetik yang jelas dengan onset of action cepat (1–2 jam) ideal untuk penggunaan on-demand pada gejala fase akut dan iritatif. Obat ini memiliki keterbatasan signifikan dalam memodulasi

inflamasi yang mendasari penyakit. Oleh karena itu, meskipun OAH unggul dalam kepraktisan, INCS tetap menjadi pilihan utama yang secara konsisten menghasilkan peningkatan Kualitas Hidup Terkait Kesehatan (HRQoL) jangka panjang yang lebih besar, menjustifikasi peran INCS sebagai terapi rumatan wajib untuk mencapai kontrol gejala total.

Daftar Pustaka

1. Wise SK, Lin SY, Toskala E, Orlandi RR, Akdis CA, Alt JA, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2018;8(2):108–352.
2. Al-Ihya AD, PNR GSF, Sangging PRA, Himayani R. Tinjauan pustaka: Patofisiologi, diagnosis, dan tatalaksana rinitis alergi. *Medula.* 2023;13(5):156–159.
3. Small P, Keith PK, Kim H. Allergic rhinitis burden of illness, quality of life, comorbidities, and control. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2018;14(Suppl 2):51.
4. Bousquet J, Anto JM, Bachert C, Baiardini I, Bosnic-Anticevich S, Canonica GW, et al. Allergic rhinitis. *Nat Rev Dis Primers.* 2020;6(1):1–18.
5. Pratama RB. Manajemen terapi rhinitis. *J Medika Utama (JMH).* 2021;2(3):973–977.
6. Juel-Berg N, Darling P, Bolvig J, et al. Intranasal corticosteroids compared with oral antihistamines in allergic rhinitis: A systematic review and meta-analysis. *Am J Rhinol Allergy.* 2017;31(1):19–28.
7. Dykewicz MS, Wallace DV, Amrol DJ, Baroody FM, Bernstein JA, Craig TJ, et al. Rhinitis 2020: A practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;146(4):721–767.
8. Sur DK, Plesa ML. Treatment of allergic rhinitis. *Am Fam Physician.* 2018;98(12):756–762.
9. Meltzer EO, Blaiss MS, Derebery MJ, Mahr TA, Gordon BR, Sheth KK, et al. Adherence to intranasal corticosteroid treatment in patients with allergic rhinitis: A review of the literature and recommendations for future work. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2017;5(2):377–388.