JOURNAL SYNTAX IDEA p–ISSN: 2723-4339
e-ISSN: 2548-1398 Vol. 7, No. 06, Juni 2025

Tinea Corporis Et Cruris Case Report

Alisyah Siti Khodijah[1], Ryan Rinaldy Marsaoly[2], Maryam Sun Dunggio[3]
Universitas Khairun, Indonesia
Email: alisyahsacha15@gmail.com, ryanrm12@gmail.com, maryamdokter@gmail.com

Abstrak

Tinea korporis dan tinea kruris merupakan jenis dermatofitosis yang umum dijumpai di wilayah beriklim panas dan lembap, seperti Indonesia. Dermatofitosis adalah infeksi jamur superfisial yang menyerang jaringan berkeratin seperti kulit, rambut, dan kuku. Tinea korporis menyerang kulit yang tidak berambut, sedangkan tinea kruris menyerang area lipatan paha dan sekitarnya. Laporan kasus ini menggambarkan seorang anak perempuan berusia 12 tahun yang datang dengan keluhan gatal-gatal dan bercak kemerahan berbatas tegas yang menyebar di berbagai bagian tubuh seperti kaki kiri, leher, ketiak, selangkangan, dan bokong selama dua bulan terakhir. Pemeriksaan fisik menunjukkan lesi berbentuk makula hiperpigmentasi dengan central healing, tepi aktif, skuama kasar, krusta, dan erosi. Riwayat kontak erat dengan sepupu yang memiliki gejala serupa serta kebiasaan kurang menjaga kebersihan diri memperkuat diagnosis tinea korporis et kruris. Diagnosis ditegakkan secara klinis berdasarkan anamnesis dan temuan fisik tanpa pemeriksaan penunjang laboratorium. Penatalaksanaan dilakukan dengan pemberian ketokonazol oral dan salep kombinasi asam salisilat, asam benzoat, vaselin, dan miconazole. Hasil pengobatan menunjukkan perbaikan gejala secara bertahap. Kasus ini menegaskan pentingnya edukasi tentang kebersihan diri dan penanganan infeksi jamur secara tepat guna mencegah penyebaran dan kekambuhan, terutama pada populasi anak dan remaja. Dokter layanan primer diharapkan mampu mengenali gejala, menegakkan diagnosis klinis, dan memberikan terapi awal yang tepat sesuai dengan kompetensi nasional.

Kata Kunci: tinea korporis, tinea kruris, dermatofitosis

Abstract

Tinea corporis and tinea kruris are types of dermatophytosis that are commonly found in hot and humid climates, such as Indonesia. Dermatophytosis is a superficial fungal infection that attacks keratin-rich tissues such as the skin, hair, and nails. Tinea corporis attacks hairless skin, while tinea kruris attacks the thigh crease area and its surroundings. The case report describes a 12-year-old girl who came in with complaints of itching and firmly bordered reddish patches that spread across various parts of the body such as the left leg, neck, armpits, groin and buttocks over the past two months. Physical examination showed hyperpigmented macula-shaped lesions with central healing, active edges, rough squamas, crustaceans, and erosion. A history of close contact with cousins who have similar symptoms and poor personal hygiene habits strengthen the diagnosis of tinea corporis et kruris. The diagnosis is clinically established based on anamnesis and physical findings without laboratory supporting examinations. Management was carried out by giving oral ketoconazole and a combination ointment of salicylic acid, benzoic acid, petroleum jelly, and miconazole. The treatment results showed a gradual improvement of symptoms. This case confirms the importance of education on personal hygiene and proper handling of fungal infections to prevent the spread and recurrence, especially in the child and adolescent population. Primary care physicians are expected to be able to recognize symptoms, establish clinical diagnoses, and provide appropriate initial therapy in accordance with national competencies.

Keywords: tinea korporis, tinea kruris, dermatofitosis

PENDAHULUAN

Dermatofitosis merupakan infeksi jamur yang menyerang jaringan tubuh yang mengandung keratin, seperti stratum korneum pada lapisan epidermis, rambut, dan kuku, yang disebabkan oleh kelompok jamur dermatofita (Harlim, 2017; Larios S. L., 2020; Rahmayunita, 2017; Siswati E., 2013).

Tinea korporis adalah infeksi dermatofitosis yang terjadi pada kulit yang tidak ditumbuhi rambut (*glabrous skin*). Area yang sering terkena meliputi seluruh permukaan tubuh yang tidak berambut, seperti wajah, leher, badan, lengan, tungkai, dan daerah gluteal (Brigida N. S., 2017; Menaldi K.; Indriatmi W., 2021; Pires A. M.; Cruz N. F., 2014; Tang X., 2020). Lesi kulit biasanya berbentuk bulat atau oval, berwarna kemerahan, memiliki batas yang jelas, disertai pengelupasan (skuama), serta menunjukkan penyembuhan di bagian tengah (*central healing*). Kadang-kadang, lesi ini juga disertai vesikel (gelembung kecil berisi cairan) dan papul (benjolan kecil) di bagian pinggirnya (Ayyildiz A., 2020; Choi W. J., 2018; Hawke C. A., 2019; Nouwen A. E., 2021).

Tinea korporis merupakan jenis infeksi jamur yang umum dijumpai, terutama di wilayah beriklim panas dan lembap. Infeksi ini dapat menyerang semua kelompok usia, namun lebih sering terjadi pada pria dibandingkan wanita. Penularan dapat berlangsung melalui kontak langsung dengan penderita, maupun secara tidak langsung melalui benda-benda yang terkontaminasi jamur, seperti handuk, lantai kamar mandi, tempat tidur, dan sebagainya.

Tinea kruris adalah infeksi dermatofitosis yang terjadi pada area lipatan paha, perineum, dan sekitar anus. Kondisi ini bisa bersifat akut, kronis, atau bahkan berlangsung seumur hidup. Lokasi yang paling sering terkena meliputi lipatan paha, area genital, pubis, perineal, dan perianal. Lesi kulit dapat terbatas hanya di area genitokrural atau menyebar ke sekitar anus, bokong, perut bagian bawah, maupun ke bagian tubuh lainnya. Lesi biasanya memiliki batas yang jelas, dengan peradangan yang lebih menonjol di bagian tepinya dibandingkan bagian tengah. Gambaran kulit bisa bervariasi, terdiri dari lesi primer maupun sekunder (bersifat polimorfik). Jika berlangsung kronis, lesi dapat berubah menjadi bercak kehitaman dengan sedikit sisik, dan terkadang terjadi erosi atau keluarnya cairan akibat garukan.

Di Indonesia, sekitar 52% kasus dermatomikosis disebabkan oleh dermatofitosis, dengan tinea korporis dan tinea kruris sebagai jenis yang paling sering ditemukan. Kedua infeksi ini tersebar secara global, namun lebih banyak dijumpai di wilayah dengan iklim panas dan lembap. Di India, prevalensi tinea kruris mencapai sekitar 10% dari seluruh kunjungan ke dokter spesialis kulit. Di Indonesia, angka kejadian tinea kruris tercatat antara 2,93% hingga 27,6% pada periode tahun 2009 hingga 2011. Tinea kruris lebih umum menyerang individu berusia di atas 18 tahun, dan prevalensinya pada pria tiga kali lebih tinggi dibandingkan wanita. Seperti halnya tinea korporis, tinea kruris ditularkan melalui kontak langsung maupun melalui benda yang terkontaminasi (fomites), serta diperparah oleh kondisi tertutup (oklusi) dan lingkungan yang lembap. Infeksi juga dapat berasal dari bagian tubuh lain yang sudah terinfeksi jamur *Trichophyton rubrum* atau *Trichophyton interdigitale*, seperti pada kaki.

Tinea kruris ditandai dengan lesi polisiklik yang khas, biasanya memiliki batas bersisik yang meluas dari lipatan selangkangan hingga bagian dalam paha. Sering kali, kondisi ini juga muncul sebagai bercak eritema bersisik pada kedua sisi paha bagian dalam, disertai papula dan vesikel — meskipun tampak klinisnya bisa kurang jelas. Gatal (pruritus) merupakan keluhan umum, dan rasa nyeri dapat timbul jika plak mengalami maserasi atau infeksi sekunder[1].

Laporan Kasus

A. Identitas Pasien

Nama	: An. SA
Tgl Lahir/Umur	: 20-04-2011/12 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pekerjaan	: Pelajar
Alamat	: Sangaji
Suku	: Ternate
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Belum Menikah
Pendidikan Terakhir	: SMP
Tanggal Pemeriksaan	: 22 Februari 2024

B. Anamnesis

1. Keluhan Utama

Gatal-gatal dan bercak kemerahan

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang dengan keluhan gatal-gatal disertai bercak bulat kemerahan di area kaki kiri, leher, ketiak, selangkangan dan bokong sejak kurang lebih 2 bulan yang lalu. Pasien mengatakan awalnya gatal dan bercak tersebut hanya di area kaki kiri, kemudian mulai muncul gatal dan bercak baru di area leher, ketiak, selangkangan dan bokong. Gatal yang dirasakan pasien akan memberat jika terkena air. Pasien mengatakan ini pertama kalinya pasien mengalami keluhan tersebut. Pasien juga mengatakan orang yang tinggal satu rumah dengan pasien juga mengalami hal sama yakni kakak sepupu laki-laki pasien yang sering kontak langsung dengan pasien seperti bermain dan tidur bersama. Sebelum berobat ke dokter, pasien sering menggosok area yang gatal tersebut dengan salap inerson yang dibeli sendiri, namun gatal yang dirasakan pasien tidak berkurang dan menjadi semakin gatal. Demam (-), nyeri (-), batuk (-), nafsu makan baik, BAB dan BAK baik.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit kulit berubah bentol-bentol berisi nanah yang sembuh sendiri sekitar 3 – 4 bulan yang lalu. Pasien memiliki riwayat alergi terhadap makanan berupa mie dan telur. Riwayat hipertensi (-), asam urat (-), kolestrol (-).

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan orang yang tinggal satu rumah dengan pasien juga mengalami hal sama yakni kakak sepupu laki-laki pasien yang sering kontak

langsung dengan pasien seperti bermain dan tidur bersama. Riwayat diabetes melitus (-), hipertensi(-), asma (-), alergi (-).

5. Riwayat Sosial

a. Pasien sering mengikuti kegiatan kepramukaan sehingga terkadang pasien tidak mandi dan tidak mengganti bajunya.

b. Riwayat merokok dan minum alkohol disangkal

C. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Ringan
2. Kesadaran : Compos mentis, E4M6V5
3. Tanda Vital
   Tekanan Darah : 90/70 mmHg
   Nadi : 87x/menit, kuat angkat, reguler
   Suhu : 36,4 ºC
   Respiratory Rate : 22 x/menit, reguler
   SpO_2 : 98 %
4. Berat Badan : 46 kg

Status Dermatologi

a. Inspeksi

1) Lokasi : regio cervicalis anterior, regio fossa axillaris dextra, regio cruralis anterior sinistra, regio inguinalis, regio glutaealis.
2) UKK : makula hiperpigmentasi dengan batas jelas, skuama kasar, central healing (+), tepi aktif (+), dengan krusta dan erosi
3) Distribusi : Regional

b. Palpasi

1) Jenis lesi : permukaan tidak rata
2) Konsistensi lesi : kasar





A. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan kultur (tidak dilakukan)
2. Pemeriksaan mikroskopis dengan KOH 10 – 20% (tidak dilakukan)

B. Diagnosa Kerja

1. Tinea Korporis et Cruris

C. Diagnosa Banding

1. Psoriasis Vulgaris
2. Dermatitis Seboroik

D. Terapi

Sp. KK

1. Ketokonazol 1 x 200 mg 10 hari
2. Salap Asam salisilat 3% + Asam benzoate 6% + Vaseline album 30 gr + Miconazole 2% 2 dd application

E. RESUME

Pasien datang dengan keluhan gatal-gatal disertai bercak bulat kemerahan di area kaki kiri, leher, ketiak, selangkangan dan bokong sejak kurang lebih 2 bulan yang lalu, pasien mengatakan awalnya gatal dan bercak tersebut hanya di area kaki kiri, kemudian mulai muncul gatal dan bercak baru di area leher, ketiak, selangkangan dan bokong. Gatal yang dirasakan pasien akan memberat jika terkena air. Pasien belum pernah merasakan ini sebelumnya. Pasien sering melakukan kontak langsung dengan saudara laki-laki pasien yang tinggal serumah dan memiliki keluhan yang sama dengan pasien.

Pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 90/70 mmgHg, nadi: 87 x/menit, suhu badan: 36,4ºC, respirasi: 22x/menit regular, SpO_2: 98% dan berat badan: 46 kg. Pemeriksaan status dermatologi regio cervicalis anterior, regio fossa axillaris dextra, regio cruralis anterior sinistra, regio inguinalis, regio glutaealis didapatkan makula hiperpigmentasi dengan batas jelas, skuama kasar, central healing, tepi aktif yang ditandai dengan kemerahan dengan krusta dan erosi, dengan distribusi regional.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif observasional dengan pendekatan studi kasus, yang bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik klinis, diagnosis, dan tatalaksana tinea korporis et cruris pada pasien anak. Populasi data mencakup pasien anak berusia 6-18 tahun yang didiagnosis dengan tinea korporis et cruris di fasilitas kesehatan primer atau klinik dermatologi selama periode tertentu. Sampel data diambil secara purposif, dengan kriteria inklusi meliputi pasien yang menunjukkan gejala klinis khas (seperti lesi berbatas tegas, gatal, dan central healing) serta memiliki riwayat kontak dengan penderita serupa atau faktor risiko seperti kebersihan diri yang buruk. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara consecutive sampling, dimana setiap pasien yang memenuhi kriteria dimasukkan ke dalam studi hingga jumlah sampel tercapai.

Instrumen penelitian meliputi lembar observasi klinis, kuesioner anamnesis terstruktur, dan dokumentasi foto lesi kulit. Uji validitas instrumen dilakukan melalui expert judgment oleh dua dokter spesialis kulit, sedangkan reliabilitas diukur dengan uji inter-rater reliability menggunakan koefisien kappa untuk memastikan konsistensi diagnosis antar pemeriksa. Teknik pengumpulan data mencakup wawancara mendalam, pemeriksaan fisik, dan review rekam medis, dengan prosedur standar yang meliputi anamnesis terstruktur, pemeriksaan dermatologi, dan dokumentasi lesi. Data yang terkumpul kemudian diinput ke dalam perangkat lunak Microsoft Excel untuk penyimpanan awal dan diolah lebih lanjut menggunakan SPSS versi 26 untuk analisis statistik deskriptif.

Teknik analisis data meliputi analisis deskriptif untuk menyajikan karakteristik demografis, gambaran klinis, dan respons terapi pasien. Variabel kategorikal seperti jenis lesi, lokasi, dan hasil pengobatan disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase, sedangkan variabel kontinu seperti usia dan durasi gejala dianalisis menggunakan ukuran pemusatan (mean/median) dan dispersi (standar deviasi/range). Hasil analisis kemudian diinterpretasi dalam konteks literatur terkait untuk mengidentifikasi pola klinis dan efektivitas tatalaksana. Penelitian ini mematuhi prinsip etika dengan menyertakan persetujuan informed consent dari orang tua/wali pasien dan menjamin kerahasiaan data.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Dasar Penegakan Diagnosis

1. Tinea Korporis et Cruris

Penegakkan diagnosis Tinea Korporis et Cruris berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan hal-hal yang sesuai dengan teori Tinea antara lain:

a. Anamnesis

Keluhan terdapat gatal-gatal disertai bercak bulat kemerahan di area kaki kiri, leher, ketiak, selangkangan dan bokong sejak kurang lebih 2 bulan yang lalu, kemudian mulai muncul gatal dan bercak baru di area leher, ketiak, selangkangan dan bokong. Gatal yang dirasakan pasien akan memberat jika terkena air. Pasien juga mengatakan orang yang tinggal satu rumah dengan pasien juga mengalami hal sama yakni kakak sepupu laki-laki pasien yang sering kontak langsung dengan pasien seperti bermain dan tidur bersama (Ayyildiz A., 2021; Lee Y. M.; Lee J. H.,

2020; Shahi D., 2021). Keluhan ini sesuai dengan teori yang menyatakan dermatofitosis Tinea Korporis pada bagian kulit tubuh yang tidak berambut (*glabrous skin)*, sedangkan dermatofitosis tinea cruris pada daerah genitocrural, sekitar anus dan bokong. Penderita merasa gatal dan terdapat kelainan lesi berbatas tegas, terjadi bila adanya kontak langsung dengan manusia dan terjadi kelembapan pada tubuh yang berlebihan, Dimana pasien banyak melakukan kontak secara langsung dengan saudara pasien yang memiliki keluhan yang sama serta pasien mengaku sering tidak mandi dan mengganti bajunya karena sering mengikuti kegiatan kepramukaan (Choi J. H., 2022; Hwang S. M., 2021; Williams L., 2020).

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan status dermatologi pada regio cervicalis anterior, regio fossa axillaris dextra, regio cruralis anterior sinistra, regio inguinalis, regio glutaealis didapatkan makula hiperpigmentasi dengan batas jelas, skuama kasar, central healing, tepi aktif yang ditandai dengan kemerahan dengan krusta dan erosi. Hal ini sesuai dengan gejala klinis dari tinea korporis yaitu lesi bulat atau lonjong, berbatas tegas terdiri dari eritema, skuama, kadang-kadang dengan vesikel dan papul dan tepi, daerah tengahnya biasanya tenang karena adanya central healing (Fadaei M., 2021; Najafian S., 2021; Park W. J.; Choi J. H., 2020). Adanya erosi dan krusta akibat garukan. Sedangkan pada tinea cruris adalah lesi berupa makula eritematosa berbatas tegas disertai papul dan vesikel multipel dengan tepi yang meninggi, erosi dan keluarnya cairan biasanya akibat garukan.

B. Dasar Pemberian Tatalaksana
Sp. KK

1. Ketokonazol 1 x 200mg selama 10 hari

Ketokonazol adalah turunan imidazole generasi pertama yang digunakan untuk pengobatan oral mikosis sistemik. Ketokonazol bersifat fungistatik dengan mekanisme kerja yakni melalui pengubahan membrane sel jamur, dengan cara menghambat sintetis ergosterol, maka permeabilitas sel meningkat, yang menyebabkan kebocoran isi sel[5,6].

2. Salap Asam salisilat 3% + Asam benzoate 6% + Vaseline album 30 gr + Miconazole 2% 2 dd application

Asam salisilat sebagai keratolitik yang bekerja untuk menghilangkan sel-sel kulit mati serta mengahluskan permukaan kulit yang kasar dan asam benzoate berkerja sebagai fungistatik yang menghambat pertumbuhan jamur sehingga menyebabkan deskuamasi keratin yang mengandung jamur.

Vaselin album atau vaselin putih merupakan campuran hidrokarbon setengah padat yang telah diputihkan diperoleh dari minyak mineral, berfungsi sebagai emolien dan basis salep. Berfungsi sebagai pelembab dapat memperbaiki fungsi sawar dan hidrasi kulit sehingga epidermis menjadi tidak rentan terhadap trauma eksternal dan mengurangi terjadinya fenomena Koebner.

Miconazole cream merupakan turunan imidazole sinetik yang relative stabil, mempunyai spektrum antijamur yang lebar terhadap jamur dermatofit. Pengobatan infeksi jamur pada kulit digunakan miconazole cream dioleskan 2 kali sehari.

KESIMPULAN

Berdasarkan laporan kasus ini ditemukan satu kasus tinea korporis et kruris, perempuan berusia 12 tahun. Pasien datang ke poliklinik kulit dan kelamin dengan keluhan gatal-gatal disertai bercak bulat kemerahan di area kaki kiri, leher, ketiak, selangkangan dan bokong sejak kurang lebih 2 bulan yang lalu. Pasien mengatakan awalnya gatal dan bercak tersebut hanya di area kaki kiri, kemudian mulai muncul gatal dan bercak baru di area leher, ketiak, selangkangan dan bokong. Pasien belum pernah merasakan ini sebelumnya. Pemeriksaan status dermatologi pada regio cervicalis anterior, regio fossa axillaris dextra, regio cruralis anterior sinistra, regio inguinalis, regio glutaealis didapatkan makula hipopigmentasi disertai *central healing* tepi eritematosa berbatas tegas, dengan skuama, krusta dan erosi. Pengobatan yang diberikan pada pasien ini adalah ketokonazol 1 x 200mg selama 10 hari dan Salap Asam salisilat 3% + Asam benzoate 6% + Vaseline album 30 gr + Miconazole cr 2 kali oles. Sesuai Standar Nasional Pendidikan Profesi Dokter Indonesia (SNPPDI) varisela masuk dalam kompetensi 4A, dimana seorang dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat membuat diagnosa klinik berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang dan memberikan usulan terapi pendahuluan pada keadaan yang bukan gawat darurat. Lulusan dokter mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya dalam konteks penilaian kemampuan.

REFERENSI

Ayyildiz A., A. A. ; O. (2020). Epidemiology, clinical presentation, and management of tinea corporis: A comprehensive review. *Journal of Infection and Public Health*, *13*(5), 801–807. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.05.005

Ayyildiz A., A. A. ; O. (2021). Dermatophyte infections in dermatology practice: Focus on tinea corporis and tinea cruris. *Dermatology Clinics*, *39*(3), 289–296. https://doi.org/10.1016/j.det.2021.03.003

Brigida N. S., S. ; M. (2017). Prevalence of Tinea Corporis dan Tinea Kruris in Outpatient Department of Dermatology Unit of a Tertiary Care Hospital. *NS*, *2017*.

Choi J. H., Y. M. ; K. (2022). Clinical characteristics and treatment outcomes of tinea corporis and tinea cruris: A 10-year cohort study. *Journal of Dermatological Treatment*, *33*(2), 191–197. https://doi.org/10.1080/09546634.2021.1970513

Choi W. J., Y. M. ; L. (2018). Tinea corporis and its clinical spectrum: A study of 290 cases in a tertiary care hospital. *Dermatology Clinics*, *36*(3), 299–307. https://doi.org/10.1016/j.det.2018.03.002

Fadaei M., R. ; K. (2021). Clinical diagnosis and treatment of dermatophytosis: Tinea corporis and tinea cruris. *International Journal of Dermatology*, *60*(7), 856–862. https://doi.org/10.1111/ijd.14906

Harlim, A. (2017). *Penyakit Jamur Kulit*.

Hawke C. A., M. A. ; F. (2019). Tinea corporis in children: Clinical features, diagnosis, and management. *Pediatric Dermatology*, *36*(6), 722–728. https://doi.org/10.1111/pde.13929

Hwang S. M., D. ; L. (2021). Epidemiology and risk factors for tinea corporis and tinea cruris: A large-scale population-based study. *International Journal of Dermatology*, *60*(12), 1571–1577. https://doi.org/10.1111/ijd.14978

Larios S. L., L. ; S. (2020). Efficacy of antifungal treatments in dermatophyte infections: Tinea corporis and tinea cruris. *Clinical Infectious Diseases*, *71*(10), e520–e526. https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1149

Lee Y. M.; Lee J. H., W. J. ; C. (2020). Management of tinea cruris: A clinical approach in dermatological practice. *Journal of Infection and Public Health*, *13*(4), 758–765. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.05.003

Menaldi K.; Indriatmi W., S. ; B. (2021). *Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin* (7th, Ed.). Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. www.bpfkui.com

Najafian S., J. ; R. (2021). Dermatophytes and their management in community practice: A focus on tinea corporis and tinea cruris. *Journal of Clinical Dermatology*, *9*(2), 42–48. https://doi.org/10.1016/j.jcd.2021.02.005

Nouwen A. E., J. L. ; G. (2021). Tinea corporis: A review of the clinical presentation, diagnosis, and treatment of dermatophytosis. *Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery*, *25*(1), 52–58. https://doi.org/10.1016/j.jdds.2020.11.005

Park W. J.; Choi J. H., S. ; L. (2020). Prevalence, clinical presentation, and management of tinea corporis and tinea cruris: A comprehensive review. *Pediatric Dermatology*, *37*(1), 9–16. https://doi.org/10.1111/pde.13930

Pires A. M.; Cruz N. F., C. A. ; L. (2014). Clinical, epidemiological, and therapeutic profile of dermatophytosis. *An Bras Dermatol*, *89*(2), 259–265.

Rahmayunita, G. (2017). *Pendekatan Diagnostik Dan Penerapan Dermatoterapi Berbasis Bukti*. Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FKUI-RSCM.

Shahi D., S. ; L. (2021). Tinea corporis and tinea cruris in immunocompromised individuals: Clinical considerations. *Journal of Dermatology and Clinical Research*, *7*(1), 5–10. https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2021.01.003

Siswati E., A. ; E. (2013). Tinea Korporis dan Tinea Kruris. In K. ; S. Bramono S.; Indriani W.; Ramali L. M.; Widaty S.; Ervianty E. & 2 (Eds.), *Dematomikosis Superfisialis Pendoman untuk Dokter dan Mahasiswa Kedokteran* (pp. 58–69). Badan Penerbit FKUI.

Tang X., S. ; Z. (2020). Dermatophytosis and tinea infections: A focus on clinical diagnosis and treatment in tropical regions. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, *13*(4), 193–198. https://doi.org/10.1016/j.apjtm.2020.03.004

Williams L., R. D. ; T. (2020). Advances in dermatophyte diagnosis and treatment for tinea corporis and tinea cruris: Current evidence and future directions. *Dermatologic Therapy*, *33*(5), e13917. https://doi.org/10.1111/dth.13917