

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2.1.1 Definisi JKN

Jaminan Kesehatan adalah Jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar Iuran Jaminan Kesehatan atau Iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah(Perpres No.82 tahun 2018). Jaminan kesehatan nasional (JKN) adalah program sosial kesehatan nasional, yang diamanatkan dalam Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), salah satu program pemerintah guna memberikan jaminan kesehatan yang layak untuk masyarakat Indonesia. Salah satu manfaat yang dijamin oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah berupa pelayanan kesehatan perorangan yang komprehensif, termasuk pelayanan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan dan pemulihan termasuk obat dan bahan medis(jamsos). JKN memberikan perlindungan bagi warga Negara Indonesia agar tidak mengalami goncangan sosial, yang mungkin mendorong ke jurang kemiskinan, ketika jatuh sakit. Sejak Januari 2019 seluruh warga Negara Indonesia wajib mendaftarkan diri dan keluarganya menjadi peserta JKN, bagi warga kurang mampu, iurannya ditanggung pemerintah, kelompok tersebut dinamakan Penerima Bantuan Iuran (PBI) . Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak

2.1.2 Manfaat JKN

JKN menjamin pelayanan kesehatan secara menyeluruh, mulai dari peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan sakit (*preventif*), pengobatan penyakit (*kuratif*), dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*), termasuk obat-obatan dan bahan medis habis pakai(PMK No.17 Tahun 2013). Prosedur pelayanan

diberlakukan dan peserta wajib mematuhi. Jaminan pelayanan kesehatan berlaku di seluruh wilayah Indonesia dan pelayanan medis berlaku sama untuk seluruh penduduk Indonesia. Pelayanan kesehatan diberikan pada tingkat pertama dan bila diperlukan dapat dilakukan rujukan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Jenis-jenis pelayanan kesehatan yang dijamin dan tidak dijamin oleh Jaminan Kesehatan nasional antara lain dijelaskan dalam Perpres No.82 tahun 2018 adalah sebagai berikut:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup:
 1. Administrasi pelayanan;
 2. Pelayanan *promotif* dan *preventif*;
 3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 4. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 6. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;
 7. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
 8. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.

- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:
 1. Administrasi pelayanan;
 2. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan
 3. Subspesialis;
 4. Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
 5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 6. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 7. Rehabilitasi medis;
 8. Pelayanan darah;
 9. Pelayanan kedokteran forensik klinik;

10. Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan;
 11. Perawatan inap non intensif; dan
 12. Perawatan inap di ruang intensif.
- c. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin meliputi:
1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
 2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
 3. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
 4. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
 5. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
 6. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
 7. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
 8. Pelayanan meratakan gigi (ortodontisi);
 9. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
 10. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
 11. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, *shin she*, *chiropractic*, yang belum dinyatakan 36 efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);
 12. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
 13. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
 14. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
 15. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;

16. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*); dan
17. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

2.1.3 Prinsip JKN

Jaminan kesehatan nasional memiliki sembilan prinsip sesuai dengan (UU No. 24 Tahun 2011 Pasal 4), yaitu:

1. Kegotong-royongan

Prinsip kegotongroyongan adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya Jaminan Sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya.

2. Nirlaba

Prinsip nirlaba adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.

3. Keterbukaan

Prinsip keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

4. Kehati-hatian

Prinsip kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

5. Akuntabilitas

Prinsip akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Portabilitas

Prinsip portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Kepesertaan bersifat wajib

Prinsip kepesertaan bersifat wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta Jaminan Sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

8. Dana amanat

Prinsip dana amanat adalah bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta Jaminan Sosial.

2.1.4 Kepesertaan JKN

Kepesertaan dalam program jaminan kesehatan nasional dijelaskan dalam peraturan presiden No. 82 Tahun 2018. Beberapa penjelasan mengenai kepesertaan berdasarkan perpres tersebut antara lain adalah:

➤ PesertaPenerimaBantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan

Peserta PBI Jaminan Kesehatan ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.

➤ PesertaBukanPenerimaBantuan Iuran (Non PBI) Jaminan Kesehatan

Peserta Non PBI terdiri dari:

1) PekerjaPenerima Upah (PPU) dan AnggotaKeluarganya

PekerjapenerimaupahmeliputiPejabat Negara, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, PNS, Prajurit, Anggota Polri, kepala desa dan perangkat desa dan pegawai swasta.

2) PekerjaBukanPenerima Upah (PBPU) dan AnggotaKeluarganya

Pekerjadiluarhubungankerjaataupekerjamandiri.

3) BukanPekerja (BP) dan AnggotaKeluarganya

Bukanpekerjameliputi investor, pemberikerja, penerimapensiun, veteran, perintiskemerdekaan, janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan

2.1.5 Iuran Jaminan Kesehatan

Pasal 34 Perpres No. 64 Tahun 2020 tentang perubahan kedua atas peraturan presiden No. 82 Tahun 2018 tentang jaminan kesehatan menyebutkan bahwa besaran iuran PBPU dan BP sebagai berikut ini:

Kelas I	: Rp. 150.000
Kelas II	: Rp. 100.000
Kelas III	: Rp. 42.000

Catatan:

1. Pada periode Juli-Desember 2020. Pemerintah memberikan subsidi ke PBPU kelas III sebesar Rp. 16.000/bulan/orang atau peserta PBPU tidak naik dan tetap bayar pada Rp. 25.500
2. Pada periode tahun 2021 dan selanjutnya peserta PBPU dan BP kelas III membayar iuran Rp. 35.000 dan sisanya disubsidi pemerintah sebesar Rp. 7.000
3. Pemerintah memberikan dukungan tanggap covid 19 agar status kepesertaan tetap aktif pada masa pandemic covid 19 maka tunggakan dapat diaktifkan kembali dengan melunasi (Paling banyak 6 bulan). Kelonggaran sisa pelunasan tunggakan juga diberikan sampai tahun 2021. Pengaktifan kepesertaan dengan melunasi seluruh tunggakan sekaligus.

2.2. ATP (Ability to Pay)

2.2.1 Pengertian

Ability to pay adalah kemampuan seseorang untuk membayar suatu jasa berdasarkan penghasilan yang didapat (Rumiati, Fahmi, dan Edison, 2013: 1). Menurut Russel (1996) bahwa *Ability to Pay* adalah pertimbangan dalam membelanjakan penghasilannya/pengeluaran untuk membeli barang atau pelayanan lain.

Ability to Pay (ATP) adalah kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang diterimanya berdasarkan penghasilan yang dianggap ideal. Dua batasan ATP yang dapat digunakan sebagai berikut (Adisasmita, 2008) :

1. ATP 1 adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan 5 % dari pengeluaran pangan non esensial dan non makanan. Batasan ini didasarkan bahwa pengeluaran untuk non makanan dapat diarahkan untuk keperluan lain, termasuk untuk kesehatan.
2. ATP 2 adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan jumlah pengeluaran untuk konsumsi alkohol, tembakau, sirih, pesta/upacara. Batasan ini didasarkan kepada pengeluaran yang sebenarnya dapat digunakan secara lebih efisien dan efektif untuk kesehatan. Misalnya dengan mengurangi pengeluaran alkohol/tembakau/sirih untuk kesehatan.

2.2.2 Determinan yang Mempengaruhi ATP (Ability to Pay)

2.2.2.1 Pekerjaan

Menurut Notoatmodjo (2010), mengatakan pekerjaan adalah aktivitas atau kegiatan yang dilakukan oleh responden sehingga memperoleh penghasilan. Pekerjaan adalah sesuatu yang dikerjakan untuk mendapatkan nafkah atau pencaharian masyarakat yang sibuk dengan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akan memiliki waktu yang lebih untuk memperoleh informasi (Depkes RI, 2000). Hal ini berkaitan dengan tingkat penghasilan seseorang. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa mata pencaharian dapat mempengaruhi tingkat kemampuan membayar seseorang dalam membayar iuran jaminan kesehatan.

2.2.2.2 Pendapatan

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mudayana yang menyatakan bahwa pendapatan keluarga mempengaruhi kemampuan pasien membayar jasa pelayanan kesehatan yang telah diberikan, apabila pendapatan pasien masih kurang maka mereka menganggap bahwa mereka tidak mampu membayar jasa pelayanan kesehatan (Mudayana, 2015)

Ada hubungan antara tingginya pendapatan dengan besarnya permintaan akan pemeliharaan kesehatan, terutama dalam hal pelayanan kesehatan modern. Pada masyarakat berpendapatan

rendah, akan mencukupi kebutuhan barang terlebih dahulu, setelah kebutuhan akan barang tercukupi akan mengkonsumsi kesehatan(Mills,1990)

2.2.2.3 Pengeluaran

Menurut BPS, 2015. Pengeluaran rumah tangga merupakan salah satu indikator yang dapat memberikan gambaran kesejahteraan penduduk. Semakin tinggi pendapatan maka porsi pengeluaran rumah tangga akan bergeser dari pengeluaran untuk makanan ke pengeluaran bukan makanan. Pergeseran pola pengeluaran terjadi karena elastisitas permintaan terhadap makanan pada umumnya rendah, sebaliknya elastisitas permintaan terhadap barang bukan makanan pada umumnya tinggi. Engels Law menyatakan bahwa proporsi anggaran rumah tangga yang alokasikan untuk membeli pangan akan semakin kecil pada saat tingkat pendapatan meningkat (Harianto, 2001).

2.2.2.4 Jumlah anggota keluarga

Menurut Lofgren dkk. 2008, jumlah anggota keluarga mempengaruhi persepsi kepala keluarga terhadap risiko dan persepsi terhadap besarnya kerugian. Semakin banyak jumlah anggota keluarga, semakin besar risiko sakit, dan semakin besar kerugian finansial yang akan dialami.

2.2.2.5 Pendapatan anggota keluarga lain

Semakin banyak jumlah anggota keluarga maka akan semakin banyak pula kebutuhan untuk memenuhi kesehatannya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Susanti, et.al, 2014 pada PT Tiga Serangkai yang sebagian besar tenaga kerjanya harus menanggung jumlah anggota keluarga sebanyak > 4 orang sehingga biaya yang harus dikeluarkan untuk biaya kesehatan lebih besar. Kesesuaian hasil penelitian dengan teori dikarenakan rumah tangga dengan jumlah keluarga lebih dari 4 orang memiliki risiko pemiskinan lebih tinggi. Hal ini akan berpengaruh jika masing-masing atau lebih dari satu anggota keluarga yang mendapatkan pendapatan, jadi kebutuhan akan ditanggung lebih dari satu orang.

2.2.2.6 Pendidikan

Tingkat kemampuan seseorang dan pengembangan kepribadian pada lembaga formal atau didalam sekolah yang didasarkan pada ijazah terakhir yang dimilikinya. Dalam hal ini yaitu pendidikan yang pernah ditempuh oleh responden dalam lembaga pendidikan formal SD, SLTP, SMA, Akademi, dan PT. Tingkatan pendidikan menurut Undang-Undang No 20 Tahun 2003 adalah:

1. Pendidikan dasar/rendah (Tidak sekolah, SD-SMP/MTs)
2. Pendidikan Menengah (SMA/SMK)
3. Pendidikan Tinggi (Diploma-Strata)

2.2.2.7 Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia yakni, indera pendengaran, penglihatan, penciuman, perasaan dan perabaan. Sebagian pengetahuan manusia didapat melalui mata dan telinga. Pengetahuan akan bertambah sesuai dengan proses pengalaman yang dialaminya.

2.2.2.8. Kepemilikan Rumah

Hasil penelitian Djuhaeni dkk (2010) menunjukkan bahwa, sebagian besar (51,9%) masyarakat telah memiliki rumah sendiri. Menurut Maslow, rumah merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Dengan terpenuhinya kebutuhan dasar tersebut, maka diasumsikan bahwa seseorang dapat mengalihkan pengeluarannya untuk kebutuhan yang lain termasuk membayar iuran/premi asuransi kesehatan. Walaupun hasilnya tidak terlalu jauh berbeda dengan masyarakat yang belum memiliki rumah sendiri yaitu 48,1%, namun implikasinya cukup besar karena meningkatnya biaya-biaya yang harus dikeluarkan untuk rumah seperti biaya sewa/kontrak.

2.2.2.9. Kepemilikan Kendaraan

Kepemilikan kendaraan khususnya di kota-kota besar menunjukkan tingkat sosial seseorang (Soekanto, 2001). Penelitian

oleh Djuhaeni dkk (2010) menyatakan seseorang yang tidak memiliki kendaraan milik sendiri mengakibatkan meningkatnya biaya pengeluaran untuk transportasi dalam akses terhadap pelayanan kesehatan dibandingkan dengan seseorang yang memiliki kendaraan sendiri.

2.2.3. Metode untuk Mengukur ATP (*Ability to Pay*)

Susilowati dkk. (2001) mengemukakan bahwa kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan dapat diukur dari keseluruhan biaya untuk konsumsi di luar kebutuhan dasar (antara lain : minuman jadi, minuman beralkohol, tembakau atau sirih, pengeluaran pesta yang diukur setahun). Dalam WHO yang ditulis Xu, et. al., (2005) Kapasitas Membayar diperoleh dari perhitungan pengeluaran non pangan ditambah pengeluaran pangan non esensial (makanan/minuman jadi, rokok /tembakau dan sirih, Alkohol)

Menurut Depkes (2000) kemampuan membayar masyarakat dapat dilakukan dengan pendekatan formula :

1. 10% dari *Disposable income* (pendapatan yang dapat dipakai setelah dikeluarkan untuk pengeluaran pangan (esensial).
2. 50 % dari pengeluaran Rokok (Rokok/Sirih) ditambah dengan Pengeluaran Non Pangan
3. 5 % dari total Pengeluaran

2.3. Covid-19

Pada 31 Desember 2019, WHO *China Country Office* melaporkan kasus pneumonia yang tidak diketahui etiologinya di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, China. Pada tanggal 7 Januari 2020, China mengidentifikasi pneumonia yang tidak diketahui etiologinya tersebut sebagai jenis baru coronavirus (*novel coronavirus*). Pada awal tahun 2020 NCP mulai menjadi pandemi global dan menjadi masalah kesehatan di beberapa negara di luar RRC. Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) kasus kluster pneumonia dengan etiologi yang tidak jelas di Kota Wuhan telah menjadi permasalahan kesehatan di seluruh dunia. Penyebaran epidemi ini terus berkembang hingga akhirnya diketahui bahwa penyebab kluster pneumonia ini adalah Novel Coronavirus. Pandemi ini terus

berkembang hingga adanya laporan kematian dan kasus-kasus baru di luar China. Pada tanggal 30 Januari 2020, WHO menetapkan COVID-19 sebagai *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC)/ Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Yang Meresahkan Dunia (KKMMD). Pada tanggal 12 Februari 2020, WHO resmi menetapkan penyakit novel *coronavirus* pada manusia ini dengan sebutan *Coronavirus Disease* (COVID-19). COVID-19 disebabkan oleh SARS-COV2 yang termasuk dalam keluarga besar coronavirus yang sama dengan penyebab SARS pada tahun 2003, hanya berbeda jenis virusnya. Gejalanya mirip dengan SARS, namun angka kematian SARS (9,6%) lebih tinggi dibanding COVID-19 (saat ini kurang dari 5%), walaupun jumlah kasus COVID-19 jauh lebih banyak dibanding SARS. COVID-19 juga memiliki penyebaran yang lebih luas dan cepat ke beberapa negara dibanding SARS.

Penambahan jumlah kasus COVID-19 berlangsung cukup cepat dan sudah terjadi penyebaran ke luar wilayah Wuhan dan negara lain. Sampai dengan 16 Februari 2020, secara global dilaporkan 51.857 kasus konfirmasi di 25 negara dengan 1.669 kematian (CFR 3,2%). Rincian negara dan jumlah kasus sebagai berikut: China 51.174 kasus konfirmasi dengan 1.666 kematian, Jepang (53 kasus, 1 Kematian dan 355 kasus di cruise ship Pelabuhan Jepang), Thailand (34 kasus), Korea Selatan (29 kasus), Vietnam (16 kasus), Singapura (72 kasus), Amerika Serikat (15 kasus), Kamboja (1 kasus), Nepal (1 kasus), Perancis (12 kasus), Australia (15 kasus), Malaysia (22 kasus), Filipina (3 kasus, 1 kematian), Sri Lanka (1 kasus), Kanada (7 kasus), Jerman (16 kasus), Perancis (12 kasus), Italia (3 kasus), Rusia (2 kasus), United Kingdom (9 kasus), Belgia (1 kasus), Finlandia (1 kasus), Spanyol (2 kasus), Swedia (1 kasus), UEA (8 kasus), dan Mesir (1 Kasus).

2.3.1 Karakteristik Patogenik

Coronavirus merupakan keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit pada manusia dan hewan. Pada manusia biasanya menyebabkan penyakit infeksi saluran pernapasan, mulai flu biasa hingga penyakit yang serius seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan Sindrom Pernapasan Akut Berat/ *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS). Penyakit ini terutama menyebar di antara orang-orang melalui tetapan pernapasan dari batuk dan bersin³. Virus ini dapat

tetap bertahan hingga tiga hari dengan plastik dan stainless steel SARS CoV-2 dapat bertahan hingga tiga hari, atau dalam aerosol selama tiga jam⁴. Virus ini juga telah ditemukan di feses, tetapi hingga Maret 2020 tidak diketahui apakah penularan melalui feses mungkin, dan risikonya diperkirakan rendah

Corona virus jenis baru yang ditemukan pada manusia sejak kejadian luar biasa muncul di Wuhan China, pada Desember 2019, kemudian diberi nama *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV2), dan menyebabkan penyakit *Coronavirus Disease-2019* (COVID-19). COVID-19 termasuk dalam genus dengan *flor elliptic* dan sering berbentuk pleomorfik, dan berdiameter 60- 140 nm. Virus ini secara genetik sangat berbeda dari virus SARS-CoV dan MERS-CoV. Penelitian saat ini menunjukkan bahwa homologi antara COVID-19 dan memiliki karakteristik DNA coronavirus pada kelelawar-SARS yaitu dengan kemiripan lebih dari 85%. Ketika dikultur pada *vitro*, COVID-19 dapat ditemukan dalam sel epitel pernapasan manusia setelah 96 jam. Sementara itu untuk mengisolasi dan mengkultur vero E6 dan Huh-7 garis sel dibutuhkan waktu sekitar 6 hari.

Paru-paru adalah organ yang paling terpengaruh oleh COVID-19, karena virus mengakses sel inang melalui enzim ACE2, yang paling melimpah di sel alveolar tipe II paru-paru. Virus ini menggunakan glikoprotein permukaan khusus, yang disebut “spike”, untuk terhubung ke ACE2 dan memasuki sel inang. Kepadatan ACE2 di setiap jaringan berkorelasi dengan tingkat keparahan penyakit di jaringan itu dan beberapa ahli berpendapat bahwa penurunan aktivitas ACE2 mungkin bersifat protektif. Dan seiring perkembangan penyakit alveolar, kegagalan pernapasan mungkin terjadi dan kematian mungkin terjadi.

2.4. Kerangka Konseptual

Gambar 2.6 Kerangka Konsep



