



Determinan Perilaku Merokok Pada Individu Dengan Gangguan Kesehatan Mental Di Indonesia: Sebuah Tinjauan Naratif

Mutiara Nisa^{1*}, Langen Nidhana Meisyalla²

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Prima Indonesia, Medan, Indonesia

²Fakultas Psikologi, Universitas Negeri Surabaya, Medan, Indonesia

Email : ^{1*}langenmeisyalla@unesa.ac.id

(* : coresponding author)

Abstrak - Indonesia mencatat prevalensi merokok dewasa sebesar 30,4% pada tahun 2024, dengan disparitas gender yang ekstrem — 59,7% pada laki-laki dibandingkan 1,2% pada perempuan. Di tengah epidemi tembakau ini, individu dengan gangguan kesehatan mental merupakan kelompok yang secara konsisten memiliki prevalensi merokok dua hingga empat kali lebih tinggi dibandingkan populasi umum, namun mendapat perhatian yang sangat minim dalam agenda pengendalian tembakau nasional. Tinjauan naratif ini bertujuan mensintesis bukti empiris mengenai determinan perilaku merokok pada individu dengan gangguan kesehatan mental dalam konteks Indonesia, dengan mengintegrasikan literatur global yang relevan dan menganalisis implikasi spesifik terhadap sistem kesehatan jiwa Indonesia. Pencarian literatur dilakukan di PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, dan Google Scholar dengan kata kunci terkait perilaku merokok, gangguan kesehatan mental, dan Indonesia. Studi yang diterbitkan antara 2014 dan 2025 diprioritaskan, namun referensi seminal di luar rentang tersebut disertakan apabila secara substansial relevan. Determinan perilaku merokok pada populasi ini beroperasi pada empat level yang saling berinteraksi: (1) level biologis-psikiatri, mencakup hipotesis self-medication nikotin, jenis dan keparahan diagnosis, serta interaksi farmakokinetik dengan antipsikotik; (2) level psikososial, mencakup stres sebagai pemicu, strategi koping maladaptif, dan defisit dukungan sosial; (3) level struktural-institusional, mencakup treatment gap layanan jiwa Indonesia, absennya protokol cessation terintegrasi, dan aksesibilitas produk tembakau di sekitar fasilitas jiwa; serta (4) level sosiokultural, mencakup konstruksi maskulinitas, norma gender, dan dinamika keluarga. Konteks Indonesia menambahkan lapisan unik melalui lemahnya regulasi tembakau — satu-satunya negara ASEAN yang belum meratifikasi WHO-FCTC — serta ketimpangan distribusi tenaga kesehatan jiwa yang terpusat di Pulau Jawa. Perilaku merokok pada individu dengan gangguan kesehatan mental di Indonesia tidak dapat direduksi menjadi pilihan individual, melainkan merupakan hasil dari interaksi antara faktor neurobiologis, tekanan psikologis, kegagalan sistem layanan, dan norma sosiokultural yang mengakar. Integrasi skrining merokok dan intervensi cessation ke dalam layanan kesehatan jiwa menjadi prioritas kebijakan yang mendesak dan layak diimplementasikan.

Kata Kunci: Perilaku Merokok, Gangguan Kesehatan Mental, Determinan, Indonesia, Tinjauan Naratif.

Abstract—Indonesia recorded an adult smoking prevalence of **30.4%** in 2024, with a substantial gender disparity, reaching **59.7%** among men compared to **1.2%** among women. Amid this tobacco epidemic, individuals with mental health disorders consistently exhibit smoking rates two to four times higher than those of the general population, yet they have received limited attention within Indonesia's national tobacco control agenda. This narrative review aims to synthesize empirical evidence on the determinants of smoking behavior among individuals with mental health disorders in the Indonesian context by integrating relevant global literature and examining its implications for the national mental healthcare system. A literature search was conducted using PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, and Google Scholar with keywords related to smoking behavior, mental health disorders, and Indonesia. Studies published between 2014 and 2025 were prioritized, while seminal publications outside this period were included when considered substantially relevant. The findings indicate that the determinants of smoking behavior operate across four interrelated levels: (1) the biological–psychiatric level, including the nicotine self-medication hypothesis, diagnostic type and severity, and pharmacokinetic interactions with antipsychotic medications; (2) the psychosocial level, encompassing stress as a trigger, maladaptive coping strategies, and inadequate social support; (3) the structural–institutional level, including Indonesia's mental health treatment gap, the absence of integrated smoking cessation protocols, and the widespread availability of tobacco products around mental health facilities; and (4) the sociocultural level, involving constructions of masculinity, gender norms, and family dynamics. Indonesia presents additional challenges due to weak tobacco control policies—as the only ASEAN



country that has not ratified the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)—and the unequal distribution of mental health professionals, which remains concentrated on Java Island. Smoking behavior among individuals with mental health disorders in Indonesia should therefore not be viewed solely as an individual choice but rather as the outcome of complex interactions among neurobiological factors, psychological distress, systemic healthcare limitations, and deeply rooted sociocultural norms. Integrating smoking screening and smoking cessation interventions into mental health services should become an urgent policy priority to improve both mental and physical health outcomes.

Keywords—Smoking Behavior, Mental Health Disorders, Determinants, Indonesia, Narrative Review.

1. PENDAHULUAN

Indonesia berada di persimpangan dua krisis kesehatan yang saling berpotongan: epidemi tembakau yang mengakar secara sosiokultural dan beban gangguan kesehatan mental yang terus meningkat. Berdasarkan data terbaru Global State of Tobacco Harm Reduction (2025), prevalensi merokok dewasa Indonesia mencapai 30,4% pada tahun 2024, dengan disparitas gender yang ekstrem: 59,7% pada laki-laki dibandingkan hanya 1,2% pada perempuan. Total perokok aktif diperkirakan mencapai 64,4 juta jiwa. Secara absolut, angka ini menempatkan Indonesia sebagai salah satu negara dengan beban perokok terbesar di dunia, dengan kematian akibat rokok mencapai 268.614 jiwa pada tahun 2021 — setara dengan 12,27% dari seluruh kematian nasional (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2025).

Sementara itu, data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan bahwa prevalensi psikosis/skizofrenia secara nasional mencapai 3%, sedangkan prevalensi depresi pada usia 15 tahun ke atas tercatat sebesar 6,1% menurut Riskesdas 2018 — setara dengan sekitar 12 juta individu (Kementerian Kesehatan RI, 2018; Kementerian Kesehatan RI, 2023). Meskipun angka-angka ini mengindikasikan beban gangguan jiwa yang sangat besar, treatment gap-nya sangat mencolok: hanya 9,3% dari mereka yang teridentifikasi mengalami probable depresi yang mendapatkan perawatan (Monash Business School, 2024). Distribusi tenaga kesehatan jiwa pun sangat timpang, dengan hingga 70% psikiater dan psikolog terkonsentrasi di Jakarta (The Jakarta Post, 2024).

Di persimpangan kedua krisis inilah terdapat populasi yang selama ini kurang mendapat perhatian: individu dengan gangguan kesehatan mental yang juga merokok. Secara global, bukti yang konsisten menunjukkan bahwa prevalensi merokok pada populasi dengan gangguan jiwa berkisar antara 50–85% untuk kondisi psikotik, dan secara rata-rata dua hingga empat kali lebih tinggi dibandingkan populasi umum (de Leon & Diaz, 2005; Parul et al., 2024). Meta-analisis terbaru dari Hu et al. (2025) yang mencakup 25 studi kohort dengan 2.917.030 individu mengkonfirmasi bahwa merokok saat ini secara signifikan terkait dengan peningkatan risiko depresi mayor (RR = 1,30; 95% CI 1,18–1,43), skizofrenia (RR = 1,84; 95% CI 1,07–3,19), dan gangguan bipolar (RR = 1,54; 95% CI 1,22–1,95). Hubungan ini bersifat bidireksional dan dimediasi oleh mekanisme neurobiologis, psikologis, sosial, dan struktural yang kompleks.

Paradoks terbesar dalam konteks Indonesia adalah bahwa meskipun individu dengan gangguan jiwa menanggung beban tembakau yang lebih berat, mereka hampir tidak hadir dalam agenda pengendalian tembakau nasional. Indonesia adalah satu-satunya negara di Asia Tenggara yang belum meratifikasi WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO-FCTC), sehingga regulasi produk tembakau tetap lemah, harga rokok sangat terjangkau, dan iklan tembakau masih tersebar luas. Dalam kondisi ini, individu dengan gangguan jiwa yang sudah rentan secara psikiatri menghadapi hambatan ganda: kendala neurobiologis dalam berhenti merokok dan tidak adanya sistem layanan yang memadai untuk mendukung cessation.

Tinjauan naratif ini bertujuan mensintesis bukti dari literatur global dan nasional mengenai determinan perilaku merokok pada individu dengan gangguan kesehatan mental, dengan fokus khusus pada implikasinya bagi konteks Indonesia. Berbeda dari tinjauan sistematis yang membutuhkan protokol PRISMA yang ketat, tinjauan naratif memungkinkan integrasi bukti yang lebih luas — mencakup studi eksperimental, observasional, kualitatif, dan kebijakan — untuk membangun pemahaman yang holistik dan kontekstual. Pemahaman ini diharapkan menjadi landasan bagi pengembangan intervensi dan kebijakan yang responsif terhadap realitas sistem kesehatan jiwa Indonesia.



2. METODE TINJAUAN

Tinjauan naratif ini mengikuti pendekatan yang transparan dan sistematis meskipun tidak menggunakan protokol PRISMA formal. Pencarian literatur dilakukan pada bulan Januari–Maret 2025 melalui empat basis data elektronik: PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, dan Google Scholar. Kata kunci yang digunakan mencakup tiga blok konsep: (1) perilaku merokok — "*smoking behavior*", "*tobacco use*", "*nicotine dependence*", "*cigarette smoking*"; (2) gangguan kesehatan mental — "*mental health disorder*", "*mental illness*", "*psychiatric disorder*", "*schizophrenia*", "*depression*", "*bipolar disorder*", "*anxiety disorder*"; dan (3) konteks Indonesia atau Asia — "*Indonesia*", "*Southeast Asia*", "*LMIC*". Blok konsep digabungkan menggunakan operator Boolean AND.

Studi yang diterbitkan antara tahun 2014 dan 2025 diprioritaskan untuk memastikan relevansi kontemporer. Namun, karya seminal yang menjadi landasan teori utama — seperti meta-analisis de Leon dan Diaz (2005) tentang asosiasi *skizofrenia* dan merokok, serta tinjauan hipotesis self-medication oleh Kumari dan Postma (2005) — disertakan mengingat signifikansinya yang tak tergantikan dalam membangun kerangka teoretis. Referensi tambahan diperoleh melalui penelusuran manual daftar pustaka dari artikel yang diidentifikasi.

Kriteria inklusi meliputi: studi yang membahas faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada individu dewasa dengan diagnosis gangguan kesehatan mental; diterbitkan dalam bahasa Indonesia atau Inggris; tersedia dalam teks penuh. Studi dengan fokus eksklusif pada intervensi cessation tanpa analisis determinan, serta laporan kasus tunggal, dieksklusi. Sintesis dilakukan secara naratif dengan pengorganisasian berdasarkan level ekologis determinan, mengikuti kerangka socio-ecological model.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Konteks: Dua Krisis Yang Bertumpang Tindih

3.1.1 Epidemi Tembakau Indonesia

Memahami determinan perilaku merokok pada individu dengan gangguan jiwa di Indonesia memerlukan apresiasi terhadap konteks tembakau nasional yang unik. Indonesia bukan sekadar negara dengan prevalensi merokok tinggi — Indonesia adalah kasus anomali di antara negara-negara dengan pendapatan menengah ke bawah, di mana upaya pengendalian tembakau global telah gagal menembus barikade budaya, ekonomi, dan politik yang kokoh.

Data GATS Indonesia 2021 menunjukkan prevalensi merokok laki-laki dewasa sebesar 64,71%, yang meskipun mengalami sedikit penurunan dari 67,04% pada 2011, tetap merupakan salah satu yang tertinggi di dunia (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2025). Kesenjangan gender yang ekstrem ini bukan semata fenomena biologis atau kebetulan statistik, melainkan hasil konstruksi kultural yang panjang: merokok di Indonesia telah menjadi penanda maskulinitas yang mengakar jauh sebelum industri tembakau modern memanfaatkannya secara sistematis. Studi Kodriati dan Rosemary (2025) dalam Jurnal Promkes memetakan secara kualitatif bagaimana merokok berfungsi sebagai performans gender bagi laki-laki Indonesia, dari ritual inisiasi sunat hingga penanda status sosial di ruang-ruang publik.

Yang membuat konteks ini semakin kompleks adalah posisi Indonesia sebagai satu-satunya negara ASEAN yang belum meratifikasi WHO-FCTC hingga saat ini. Konsekuensinya bersifat multidimensi: tidak ada larangan iklan tembakau yang komprehensif, harga rokok tetap sangat terjangkau (rokok eceran per batang tersedia seharga Rp 1.500–2.500), dan tidak ada kebijakan kawasan bebas rokok yang konsisten ditegakkan bahkan di fasilitas kesehatan. Dalam kondisi ini, individu dengan gangguan jiwa yang tinggal di atau sering mengunjungi fasilitas kesehatan jiwa tidak terlindungi dari paparan produk tembakau yang mudah diakses.

3.1.2 Beban Gangguan Kesehatan Mental dan Treatment Gap

Sejajar dengan krisis tembakau, Indonesia menghadapi beban gangguan kesehatan mental yang signifikan dan treatment gap yang lebar. Riskesdas 2018 mencatat prevalensi depresi 6,1%



pada populasi usia ≥ 15 tahun, setara dengan 12 juta individu, dengan gangguan yang lebih umum pada perempuan (8,4%) dibandingkan laki-laki (3,6%) (Kementerian Kesehatan RI, 2018). SKI 2023 menunjukkan prevalensi psikosis/skizofrenia nasional sebesar 3%, dengan variasi antarprovinsi yang signifikan.

Secara struktural, sistem layanan kesehatan jiwa Indonesia menghadapi tiga tantangan mendasar. Pertama, ketimpangan distribusi tenaga: hingga 70% psikiater dan psikolog terkonsentrasi di Jakarta, sementara beberapa provinsi hanya memiliki satu psikolog untuk melayani seluruh penduduknya (The Jakarta Post, 2024). Kedua, keterbatasan integrasi layanan jiwa di fasilitas primer: per 2024, baru 40% Puskesmas yang mampu memberikan layanan kesehatan jiwa, dengan target peningkatan ke 50% pada 2025 dan 70% pada 2026 (The Jakarta Post, 2024). Ketiga, treatment gap yang sangat lebar: studi Monash Business School (2024) menemukan bahwa hanya 9,3% individu dengan probable depresi di Indonesia yang mendapatkan perawatan, dengan kekayaan dan kepemilikan asuransi JKN sebagai prediktor utama akses layanan.

Dalam konteks treatment gap yang besar ini, individu dengan gangguan jiwa yang berhasil mengakses layanan — baik di RSJ maupun Puskesmas — merupakan sebagian kecil dari mereka yang membutuhkan. Dan di antara mereka yang berhasil mengakses layanan, layanan cessation merokok hampir tidak pernah menjadi bagian dari penanganan. Ini bukan sekadar kelalaian administratif, melainkan refleksi dari persepsi yang luas di kalangan tenaga kesehatan jiwa bahwa merokok adalah hak atau bahkan cope mechanism yang sah bagi pasien jiwa — sebuah persepsi yang secara ilmiah tidak berdasar dan secara etis bermasalah.

3.2 Determinan Perilaku Merokok: Analisis Multidimensi

3.2.1 Determinan Biologis dan Psikiatri

a. *Hipotesis Self-Medication*

Salah satu kerangka penjelasan yang paling banyak dikutip untuk tingginya prevalensi merokok pada individu dengan gangguan jiwa adalah hipotesis self-medication. Hipotesis ini menyatakan bahwa individu dengan gangguan jiwa menggunakan nikotin sebagai upaya untuk mengurangi gejala psikiatri yang tidak terkontrol oleh pengobatan, mengatasi efek samping antipsikotik, atau memperbaiki defisit kognitif yang menjadi bagian dari gangguan mereka (Kumari & Postma, 2005).

Landasan neurobiologis hipotesis ini berpusat pada sistem nikotin-dopamin. Nikotin mengaktifkan reseptor nikotinik asetilkolin (nAChR) — terutama subunit $\alpha 4\beta 2$ dan $\alpha 7$ — yang tersebar luas di jalur mesolimbik dan mesokorteks. Aktivasi ini meningkatkan pelepasan dopamin di nukleus accumbens dan korteks prefrontal, menciptakan efek reinforcing yang kuat dan secara sementara memperbaiki gejala negatif skizofrenia (seperti anhedonia dan berkurangnya motivasi) yang disebabkan oleh hipoaktivasi dopaminergik mesokorteks. Selain itu, nikotin mempercepat metabolisme hepatic antipsikotik melalui induksi enzim CYP1A2 — efek ini relevan khususnya untuk klozapin dan olanzapin, di mana penghentian mendadak merokok dapat menyebabkan peningkatan kadar plasma obat yang signifikan secara klinis.

Meta-analisis klasik de Leon dan Diaz (2005) yang mencakup 42 studi dari 20 negara menemukan bahwa pasien skizofrenia memiliki odds ratio merokok sebesar 5,9 (95% CI 4,9–7,0) dibandingkan kontrol — suatu asosiasi yang konsisten lintas budaya dan negara. Namun, hipotesis self-medication tidak dapat menjelaskan seluruh gambar: pertama, beberapa studi menunjukkan bahwa merokok tidak secara konsisten memperbaiki gejala psikotik dan bahkan dikaitkan dengan outcome yang lebih buruk pada perokok berat (British Journal of Psychiatry, 2018); kedua, prevalensi merokok yang tinggi pada pasien skizofrenia juga ditemukan sebelum onset psikosis dan sebelum paparan antipsikotik, menunjukkan adanya faktor kerentanan bersama (shared vulnerability) yang mungkin lebih mendasar dari sekadar respons terhadap gejala atau pengobatan.

Dengan demikian, hipotesis self-medication sebaiknya dipahami bukan sebagai penjelasan tunggal, melainkan sebagai salah satu dari beberapa mekanisme yang beroperasi secara simultan. Dalam konteks Indonesia, di mana antipsikotik tipikal (terutama haloperidol) masih banyak digunakan di RSJ kelas B/C dan Puskesmas akibat keterbatasan formularium, efek samping



ekstrapiramidal yang signifikan menjadi faktor tambahan yang memperkuat pola self-medication melalui nikotin.

b. Kerentanan Bersama (*Shared Vulnerability Hypothesis*)

Di luar self-medication, hipotesis kerentanan bersama menawarkan penjelasan komplementer: gangguan jiwa dan adiksi nikotin mungkin memiliki substrat neurobiologis dan genetik yang tumpang tindih. Studi genome-wide association (GWAS) mengidentifikasi jalur genetik bersama antara skizofrenia dan ketergantungan nikotin yang mencakup transmisi sinaptik, long-term potentiation, dan sinyal kalsium intraseluler (Moran et al., dikutip dalam PMC, 2016). Ini mengimplikasikan bahwa pada sebagian individu, kecenderungan untuk merokok dan kerentanan terhadap gangguan jiwa mungkin merupakan ekspresi berbeda dari disposisi neurobiologis yang sama — bukan hubungan kausal yang sederhana dalam satu arah.

c. Jenis Diagnosis, Keparahan Gejala, dan Durasi Sakit

Meskipun semua gangguan jiwa mayor dikaitkan dengan prevalensi merokok yang lebih tinggi, terdapat gradasi yang penting. Tinjauan scoping Parul et al. (2024) yang mencakup 25 studi dari 10 negara Asia menemukan bahwa diagnosis psikotik — terutama skizofrenia — secara konsisten dikaitkan dengan prevalensi dan intensitas merokok yang lebih tinggi dibandingkan gangguan afektif. Rentang prevalensi yang dilaporkan sangat lebar (3,6% hingga 89,4%), mencerminkan variasi metodologis dan kontekstual yang besar. Prediktor terkuat yang teridentifikasi dalam tinjauan tersebut adalah jenis kelamin laki-laki, status berpisah/ceraai, pendidikan rendah, pengangguran, tidak adanya dukungan keluarga, dan diagnosis psikotik.

Keparahan gejala — khususnya gejala negatif dan kognitif yang lebih berat — secara konsisten berkorelasi positif dengan intensitas merokok. Ini relevan secara klinis karena gejala negatif yang berat (seperti avolisi dan anhedonia) justru lebih sulit ditangani oleh antipsikotik yang tersedia, menciptakan dorongan untuk mencari alternatif relief melalui nikotin. Durasi menderita gangguan jiwa yang lebih panjang juga dikaitkan dengan jumlah rokok per hari yang lebih tinggi, kemungkinan mencerminkan akumulasi faktor-faktor sosial (seperti pengangguran, isolasi, dan ketergantungan pada rutinitas merokok sebagai struktur harian) yang menyertai perjalanan penyakit kronis.

3.2.2 Determinan Psikologis dan Psikososial

a. Stres sebagai Pemicu dan Merokok sebagai Koping

Stres psikologis merupakan salah satu determinan yang paling konsisten terdokumentasi untuk perilaku merokok secara umum, dan relevansinya berlipat ganda pada individu dengan gangguan jiwa yang mengalami beban stres lebih berat. Dalam studi cross-sectional di Banyuwangi, Jawa Timur, Swatan et al. (2020) menemukan bahwa stres yang diukur dengan Perceived Stress Scale-10 merupakan prediktor signifikan dari derajat adiksi tembakau pada laki-laki dewasa di komunitas pedesaan Indonesia, bahkan setelah mengontrol faktor sosiodemografi lainnya.

Mekanisme psikologis yang mendasari adalah negatif reinforcement: nikotin memberikan kelegaan sementara dari gejala stres, kecemasan, dan disforia melalui efek anxiolitik dan stimulan asetilkolin-dopamin jangka pendek. Efek ini menciptakan siklus yang sulit diputus — stres memicu keinginan merokok, merokok memberikan kelegaan sementara, tetapi withdrawal nikotin kemudian memperburuk gejala ansietas dan disforia, mendorong episode merokok berikutnya. Pada individu dengan gangguan jiwa, siklus ini diperparah oleh gejala psikiatri yang sudah ada sebagai stressor baseline yang persisten.

Tinjauan Barrett et al. (2022) dalam *Nicotine & Tobacco Research* mengidentifikasi bahwa keyakinan klien tentang manfaat merokok untuk mengelola gejala kecemasan merupakan hambatan paling sering dikutip dalam upaya cessation di layanan kesehatan jiwa — sebuah hambatan yang bersifat kognitif sekaligus farmakologis dan sangat sulit diatasi tanpa pendekatan yang komprehensif.



b. Strategi Koping Maladaptif

Individu dengan gangguan jiwa lebih cenderung menggunakan emotion-focused coping yang bersifat avoidant — termasuk merokok — sebagai respons terhadap stresor, dibandingkan problem-focused coping yang lebih adaptif. Hal ini sebagian merupakan konsekuensi dari defisit kognisi eksekutif (perencanaan, penyelesaian masalah, regulasi emosi) yang menjadi bagian dari profil neuropsikologis berbagai gangguan jiwa, khususnya skizofrenia dan gangguan bipolar. Merokok menjadi pilihan koping yang "efisien" dalam arti mudah diakses, memberikan efek segera, dan tidak memerlukan kapasitas kognitif tinggi untuk dilaksanakan.

Dalam konteks Indonesia, aksesibilitas fisik produk tembakau semakin memperkuat koping merokok: rokok tersedia di hampir setiap warung, dijual per batang, dan seringkali dapat diperoleh bahkan di lingkungan RSJ melalui pengunjung atau staf non-klinis. Biaya yang sangat rendah per rokok menjadikannya terjangkau bahkan bagi pasien jiwa yang secara ekonomi rentan.

c. Dukungan Sosial dan Dinamika Keluarga

Dukungan sosial berfungsi sebagai faktor protektif penting terhadap perilaku merokok dan kegagalan cessation. Parul et al. (2024) mengidentifikasi kurangnya dukungan keluarga sebagai prediktor konsisten dari penggunaan tembakau pada populasi dengan gangguan jiwa di Asia. Di Indonesia, peran keluarga dalam manajemen gangguan jiwa sangat sentral — sebagian besar pasien jiwa tinggal bersama keluarga, dan keluarga sering kali menjadi caregiver utama. Namun dinamika keluarga dapat bersifat ambivalen: keluarga yang tidak memahami bahaya merokok atau sendiri terdiri dari perokok aktif justru dapat menjadi sumber normalisasi perilaku merokok pada pasien.

Studi Anggoro et al. (dikutip dalam fatherhood dan merokok di Indonesia) menemukan bahwa kehadiran anak dalam rumah tangga merupakan faktor protektif terhadap merokok pada laki-laki Indonesia — temuan yang relevan untuk memahami mengapa pasien jiwa yang telah kehilangan peran sosial sebagai orang tua atau kepala keluarga mungkin kehilangan salah satu motivator eksternal untuk berhenti merokok. Isolasi sosial yang sering menyertai gangguan jiwa juga berarti berkurangnya tekanan sosial positif dari jejaring sosial untuk berhenti.

3.2.3 Determinan Struktural dan Institusional

a. Absennya Protokol Cessation di Layanan Kesehatan Jiwa Indonesia

Salah satu determinan struktural yang paling kritis namun paling mudah diabaikan adalah absennya sistem cessation yang terintegrasi dalam layanan kesehatan jiwa Indonesia. Tinjauan terhadap panduan klinis nasional dan Permenkes terkait menunjukkan bahwa tidak ada standar prosedur operasional yang mengharuskan skrining merokok atau konseling cessation sebagai bagian dari penanganan pasien jiwa — baik di RSJ maupun Puskesmas.

Pérez De Lucia Bové et al. (2025) dari Eropa menemukan bahwa hambatan utama implementasi cessation di layanan jiwa meliputi: kurangnya pengetahuan tenaga kesehatan, keyakinan bahwa menangani rokok bukan bagian dari misi mereka, dan asumsi keliru bahwa pasien jiwa tidak siap atau tidak ingin berhenti merokok. Hambatan-hambatan ini kemungkinan besar juga relevan dalam konteks Indonesia, bahkan mungkin lebih berat karena keterbatasan waktu konsultasi, beban kerja tenaga kesehatan, dan tidak adanya pelatihan cessation dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan jiwa.

WHO dalam panduan klinis cessation terbaru 2024 merekomendasikan agar setiap klinisi di setiap setting kesehatan secara rutin menanyakan status merokok pasien dan memberikan saran singkat untuk berhenti — intervensi brief yang terbukti efektif dan tidak membutuhkan investasi waktu yang besar (WHO, dalam NEJM, 2025). Implementasi rekomendasi sederhana ini di Indonesia memerlukan tidak hanya pelatihan tenaga kesehatan, tetapi juga perubahan paradigma tentang peran layanan jiwa dalam mendukung kesehatan fisik pasien secara menyeluruh.

b. Keterjangkauan dan Aksesibilitas Produk Tembakau

Lingkungan fisik di sekitar fasilitas layanan jiwa Indonesia secara struktural mendukung berlanjutnya perilaku merokok. Rokok dijual eceran per batang di warung-warung yang tersebar di



sekitar — bahkan di dalam kompleks — RSJ dan Puskesmas. Harga rokok yang sangat murah relatif terhadap pendapatan membuat produk ini tetap terjangkau bahkan bagi pasien dengan kemampuan ekonomi yang sangat terbatas. Iklan rokok yang masih diizinkan di berbagai medium terus memperkuat persepsi bahwa merokok adalah perilaku normal dan bahkan diinginkan.

Konteks ini berbeda tajam dari negara-negara yang telah menerapkan kebijakan tobacco-free mental health environments — seperti Australia, Inggris, dan beberapa negara Eropa — di mana kombinasi antara kawasan bebas rokok yang ditegakkan, cessation support aktif, dan harga rokok yang tinggi telah terbukti mengurangi prevalensi merokok di populasi dengan gangguan jiwa. Tanpa perubahan lingkungan fisik dan kebijakan yang mendasar, intervensi berbasis individu kemungkinan besar tidak akan memiliki dampak yang bermakna dan berkelanjutan.

c. Interaksi Farmakokinetik dan Implikasi Klinis

Dari perspektif farmakologi klinis, merokok memiliki implikasi signifikan terhadap efektivitas pengobatan psikiatri yang perlu dipahami oleh para klinisi. Nikotin dan bahan kimia dalam asap tembakau merupakan induktor kuat enzim CYP1A2 hepatis, yang bertanggung jawab untuk metabolisme beberapa antipsikotik penting, terutama klopazepam dan olanzapin. Pada pasien skizofrenia yang merokok, konsentrasi plasma klopazepam dapat 50–100% lebih rendah dibandingkan non-perokok dengan dosis yang sama, membutuhkan penyesuaian dosis yang signifikan.

Implikasi klinisnya bersifat dua arah dan berpotensi berbahaya. Ketika perokok berhasil berhenti merokok — atau dipaksa berhenti oleh kebijakan fasilitas — kadar antipsikotik dalam darah akan meningkat signifikan dalam 1–2 minggu, berpotensi menyebabkan toksisitas obat yang serius jika dosis tidak disesuaikan. Sebaliknya, klinisi yang tidak mengetahui status merokok pasien mungkin terus meningkatkan dosis antipsikotik karena menilai respons klinis tidak memadai, padahal sesungguhnya kadar plasma obat sudah sub-terapeutik akibat induksi enzim oleh merokok. Realitas ini menggarisbawahi bahwa skrining merokok bukan hanya relevan untuk kesehatan publik, tetapi merupakan bagian integral dari keselamatan farmakologis pasien psikiatri.

3.2.4 Determinan Sosiokultural

a. Konstruksi Maskulinitas dan Norma Gender

Dalam semua studi yang menginklusi analisis gender, laki-laki dengan gangguan jiwa secara konsisten menunjukkan prevalensi merokok yang jauh lebih tinggi dibandingkan perempuan. Disparitas ini bukan hanya cerminan dari pola merokok populasi umum Indonesia (59,7% vs 1,2%), tetapi juga diperkuat oleh bagaimana maskulinitas dioperasionalkan dalam konteks penyakit jiwa.

Studi Kodriati dan Rosemary (2025) menemukan bahwa merokok berfungsi sebagai sumber maskulinitas kompensatori bagi laki-laki Indonesia dengan gangguan jiwa — sebuah domain yang dapat dipertahankan bahkan ketika domain maskulinitas lain (peran sebagai pencari nafkah, kepala keluarga, anggota produktif masyarakat) telah terancam atau hilang akibat penyakit. Dalam pengertian ini, rokok bukan sekadar stimulan farmakologis tetapi juga artefak identitas gender yang memiliki nilai simbolik yang sangat kuat.

Literatur tentang maskulinitas dan merokok di Indonesia secara konsisten menunjukkan bahwa penanda maskulinitas melalui rokok telah mengakar sejak era kolonial dan diperkuat selama beberapa dekade terakhir oleh industri tembakau yang secara agresif memasarkan kretek sebagai simbol keindonesiaan dan kejantanan (Magdalene.co, 2025). Intervensi cessation yang mengabaikan dimensi gender dan identitas ini kemungkinan besar akan menghadapi resistensi yang signifikan.

b. Stigma Ganda dan Dinamika Sosial

Individu dengan gangguan jiwa di Indonesia menghadapi stigma yang berlapis: stigma terhadap gangguan jiwa itu sendiri, yang seringkali mengakibatkan eksklusi sosial, diskriminasi dalam pekerjaan, dan bahkan isolasi keluarga. Dalam konteks stigma ini, merokok dapat berfungsi sebagai alat normalisasi sosial — sebuah perilaku yang "biasa" dan dapat diterima secara sosial,



yang memungkinkan seseorang untuk berpartisipasi dalam interaksi sosial tanpa harus mengungkapkan status psikiatrianya.

Paradoks ini menjadi lebih kompleks di komunitas dengan norma agama yang kuat (seperti komunitas Muslim yang mengharamkan rokok) — di sini individu mungkin menghadapi tekanan untuk tidak merokok dari satu sisi, sementara tekanan sosial dan kebutuhan coping mendorong merokok dari sisi lain. Pengelolaan ketegangan ini dalam konteks gangguan jiwa membutuhkan sumber daya regulasi emosi yang mungkin justru terkompromis oleh kondisi psikiatri yang mereka alami.

c. Pengaruh Keluarga dan Peer

Keluarga memainkan peran ganda dalam perilaku merokok individu dengan gangguan jiwa di Indonesia. Di satu sisi, keluarga yang mendukung cessation — memberikan dukungan emosional, membantu menghindari trigger, dan tidak merokok di hadapan pasien — dapat menjadi faktor protektif yang signifikan. Di sisi lain, keluarga yang terdiri dari perokok aktif, atau yang menormalisasi merokok sebagai cara mengelola stres, secara pasif mempersulit upaya cessation.

Studi tentang merokok di komunitas pedesaan Indonesia (Swatan et al., 2020) menunjukkan bahwa pengaruh peer dan norma komunitas merupakan prediktor signifikan dari adiksi tembakau. Dalam setting RSJ di mana pasien menghabiskan waktu lama bersama sesama pasien yang mayoritas merokok, tekanan peer juga dapat mendorong atau mempertahankan perilaku merokok bahkan pada mereka yang sebelumnya bukan perokok.

3.3 Implikasi Bagi Kebijakan Dan Praktik Klinis Di Indonesia

3.3.1 Integrasi Cessation dalam Layanan Kesehatan Jiwa

Berdasarkan sintesis determinan di atas, intervensi cessation yang efektif untuk populasi dengan gangguan jiwa di Indonesia harus bersifat multikomponen dan terintegrasi dalam sistem layanan yang sudah ada, bukan sebagai program tambahan yang terpisah. Langkah minimal yang dapat segera diimplementasikan adalah adopsi model Ask-Advise-Connect (AAC) — menanyakan status merokok, memberi nasihat singkat untuk berhenti, dan menghubungkan dengan layanan cessation — ke dalam formulir asesmen standar di RSJ dan Puskesmas yang melayani pasien jiwa. WHO dalam panduan cessation 2024-nya secara eksplisit merekomendasikan pendekatan brief intervention ini di semua setting layanan kesehatan (WHO, dalam NEJM, 2025).

Untuk implementasi yang lebih substansial, diperlukan pengembangan panduan klinis cessation yang disesuaikan untuk pasien jiwa di Indonesia, mencakup: (1) algoritma penyesuaian dosis antipsikotik ketika pasien berhenti merokok, terutama untuk klopazin dan olanzapin; (2) protokol motivational interviewing yang telah diadaptasi secara kultural dan mempertimbangkan defisit kognitif; (3) mekanisme keterlibatan keluarga dalam proses cessation; dan (4) panduan tentang penggunaan farmakoterapi cessation (NRT, varenicline, bupropion) pada pasien jiwa dengan mempertimbangkan interaksi dengan psikofarmaka.

3.3.2 Kebijakan Lingkungan Bebas Tembakau di Fasilitas Jiwa

Selama lingkungan fisik di sekitar fasilitas jiwa Indonesia terus mendukung aksesibilitas rokok, intervensi individual akan memiliki dampak yang terbatas. Kebijakan tobacco-free environment di RSJ dan Puskesmas — yang meliputi larangan merokok di area fasilitas, larangan penjualan produk tembakau dalam radius tertentu dari fasilitas, dan pembatasan pemberian rokok dari pengunjung kepada pasien — perlu dikembangkan dan didukung oleh Kementerian Kesehatan sebagai standar nasional. Pengalaman dari Australia, Inggris, dan Kanada menunjukkan bahwa kebijakan ini, ketika disertai dengan dukungan cessation aktif, tidak memperburuk outcome psikiatri dan justru berpotensi memperbaikinya.

3.3.3 Penguatan Regulasi Tembakau Nasional

Pada level makro, solusi jangka panjang memerlukan penguatan regulasi tembakau nasional, termasuk pertimbangan serius terhadap ratifikasi WHO-FCTC. Individu dengan gangguan jiwa adalah kelompok yang paling tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari manipulasi industri



tembakau, dan oleh karena itu paling diuntungkan oleh kebijakan struktural seperti pembatasan iklan, peningkatan cukai, dan standardisasi kemasan. Advokasi untuk kelompok rentan ini seharusnya menjadi bagian dari agenda pengendalian tembakau Indonesia yang lebih luas.

3.3.4 Agenda Penelitian

Tinjauan ini juga mengidentifikasi beberapa gap penelitian yang perlu segera diisi. Pertama, Indonesia membutuhkan studi epidemiologi yang secara khusus dan sistematis mendokumentasikan prevalensi dan determinan merokok pada individu dengan berbagai jenis gangguan jiwa di berbagai setting layanan. Studi-studi yang ada masih sangat terfragmentasi dan tidak representatif secara nasional. Kedua, uji coba intervensi cessation yang dikontekstualisasikan untuk sistem kesehatan jiwa Indonesia — mencakup adaptasi budaya instrumen, keterlibatan keluarga, dan integrasi dalam alur kerja klinis yang ada — sangat dibutuhkan. Ketiga, penelitian tentang persepsi, pengetahuan, dan hambatan tenaga kesehatan jiwa Indonesia dalam mendukung cessation pasien akan memberikan landasan berbasis bukti bagi pengembangan pelatihan yang tepat sasaran.

3.4 Keterbatasan

Tinjauan naratif ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diakui secara transparan. Pertama, sebagai tinjauan naratif dan bukan sistematis, proses seleksi studi tidak didasarkan pada protokol yang telah diregistrasi secara formal, sehingga berpotensi mengandung bias seleksi — khususnya kecenderungan untuk memasukkan studi yang mendukung narasi yang dibangun. Kedua, heterogenitas studi yang diulas — mencakup berbagai desain, populasi, setting, dan pengukuran — membatasi komparabilitas temuan dan tidak memungkinkan sintesis kuantitatif. Ketiga, sebagian besar bukti empiris tentang determinan berasal dari konteks Asia lain (terutama India, China, dan Pakistan) atau dari negara maju, dan tidak sepenuhnya dapat ditransferkan ke konteks Indonesia yang memiliki karakteristik unik dalam hal sistem kesehatan, budaya, dan kebijakan tembakau. Keempat, studi kualitatif dan laporan kebijakan dari Indonesia yang relevan mungkin tidak terindeks di basis data internasional yang digunakan, sehingga berpotensi melewatkan bukti penting dari literatur berbahasa Indonesia.

4. KESIMPULAN

Perilaku merokok pada individu dengan gangguan kesehatan mental di Indonesia merupakan fenomena multidimensi yang tidak dapat dipahami atau ditangani hanya dari satu perspektif. Determinannya beroperasi secara simultan pada level biologis (neurobiologi nikotin dan farmakologi antipsikotik), psikologis (stres, coping, keyakinan), struktural (treatment gap, absennya cessation terintegrasi, aksesibilitas rokok), dan sosiokultural (maskulinitas, norma gender, dinamika keluarga). Konteks Indonesia menambahkan lapisan yang unik melalui lemahnya regulasi tembakau nasional, ketimpangan distribusi layanan jiwa, dan konstruksi kultural merokok sebagai penanda maskulinitas yang sangat mengakar.

Implikasinya bagi kebijakan sangat jelas: tidak cukup hanya menyediakan layanan jiwa tanpa mengintegrasikan cessation sebagai komponen standar penanganan. Individu dengan gangguan kesehatan mental berhak mendapatkan dukungan yang sama untuk berhenti merokok seperti yang mereka terima untuk mengelola gejala psikiatri mereka. Langkah pertama yang paling realistis dan berbiaya rendah adalah adopsi model Ask-Advise-Connect di seluruh fasilitas kesehatan jiwa Indonesia — sebuah intervensi yang sederhana dalam implementasi tetapi berpotensi berdampak besar secara kumulatif jika diterapkan secara sistematis dan konsisten.

REFERENCES

- Barrett, E., Burke, M., Keane, A., & Sreenan, S. (2022). Systematic review of mental health professionals, patients, and carers' perceived barriers and enablers to supporting smoking cessation in mental health settings. *Nicotine & Tobacco Research*, 24(7), 945–957. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntad035>
- de Leon, J., & Diaz, F. J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*, 76(2–3), 135–157. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.02.010>



- Global State of Tobacco Harm Reduction. (2025). Tobacco smoking in Indonesia. <https://gsthr.org/countries/profile/idn/1/>
- Hu, Z., Cui, E., Chen, B., & Zhang, M. (2025). Association between cigarette smoking and the risk of major psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis in depression, schizophrenia, and bipolar disorder. *Frontiers in Medicine*, 12, 1529191. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1529191>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023: Hasil Utama. Kemenkes RI.
- Kodriati, N., & Rosemary, R. (2025). A qualitative analysis of smoking behavior from a gender perspective. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 13(1), 122–130. <https://doi.org/10.20473/jpk.V13.I1.2025.122-130>
- Kumari, V., & Postma, P. (2005). Nicotine use in schizophrenia: The self medication hypotheses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(6), 1021–1034. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.02.006>
- Ministry of Health of Indonesia & World Health Organization. (2024). Global Adult Tobacco Survey (GATS) Indonesia 2021 report. World Health Organization. <https://www.who.int/indonesia/news/detail/22-08-2024-ministry-of-health-and-who-release-global-adult-tobacco-survey-indonesia-report-2021>
- Monash Business School. (2024). Mental healthcare access and the treatment gap in Indonesia. <https://www.monash.edu/business/che/our-research/working-paper-series/2024/mental-healthcare-access-and-the-treatment-gap-in-indonesia>
- Parul, P., Joseph, B., Datta, S., & Rahman, M. A. (2024). Correlates of tobacco use among people with mental illness within Asia: A scoping review. *Community Mental Health Journal*, 61(1), 147–157. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01336-w>
- Pérez De Lucia Bové, L., Ravelo, S., Bountzas, C., & Khazaal, Y. (2025). Needs and barriers of mental health professionals in promoting smoking cessation. *European Psychiatry*, 68(Suppl), S329. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.980>
- Swatan, J. P., Sulistiawati, S., & Karimah, A. (2020). Determinants of tobacco smoking addiction in rural Indonesian communities. *BioMed Research International*, 2020, 7654360. <https://doi.org/10.1155/2020/7654360>
- The Jakarta Post. (2024, December 15). Ministry aims to expand mental health services in Puskesmas. <https://www.thejakartapost.com/indonesia/2024/12/15/ministry-aims-to-expand-mental-health-services-in-puskesmas.html>
- World Health Organization. (2023). Tobacco [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- World Health Organization. (2024). WHO report on the global tobacco epidemic 2024. WHO.
- Zhou, J. L., & Bhatti, A. B. (2025). Integrating pharmacotherapy into tobacco control in low- and middle-income countries. *New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2500685>