



SALINAN

PUTUSAN
Nomor 106/PUU-XVIII/2020

DEMI KEADILAN BERDASARKAN KETUHANAN YANG MAHA ESA
MAHKAMAH KONSTITUSI REPUBLIK INDONESIA,

[1.1] Yang mengadili perkara konstitusi pada tingkat pertama dan terakhir, menjatuhkan putusan dalam perkara pengujian Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yang diajukan oleh:

1. Nama : **Dwi Pertiwi**
Pekerjaan : Karyawan Swasta
Kewarganegaraan : Warga Negara Indonesia
Alamat : Gunungsari RT/RW 007/021,
Candibinangun, Pakem, Kabupaten
Sleman, DI Yogyakarta

Selanjutnya disebut sebagai ----- **Pemohon I;**

2. Nama : **Santi Warastuti**
Pekerjaan : Mengurus Rumah Tangga
Kewarganegaraan : Warga Negara Indonesia
Alamat : Karangwetan RT 003, RW 030,
Tegaltirto, Berbah, Sleman,
DI Yogyakarta

Selanjutnya disebut sebagai ----- **Pemohon II;**

3. Nama : **Nafiah Murhayanti, A.Md.**
Pekerjaan : Mengurus Rumah Tangga
Kewarganegaraan : Warga Negara Indonesia
Alamat : Kebrokan UH 5/676 RT 019, RW
005, Pandeyan, Umbulharjo, Kota
Yogyakarta, DI Yogyakarta

Selanjutnya disebut sebagai ----- **Pemohon III;**

4. Nama : **Perkumpulan Rumah Cemara**

Alamat : Jalan Geger Kalong Girang Nomor 52, Isola, Kecamatan Sukasari, Kota Bandung, Jawa Barat, diwakili oleh Aditia Taslim, beralamat di Jalan Pasir Suci Nomor 7 RT/RW 001/008, Mekarjaya, Kecamatan Rancasari, Kota Bandung, Jawa Barat, sebagai Ketua Badan Pengurus, dan Ridwan Natakusuma, beralamat di Jalan BBK. H. Tamim III Nomor 8 RT/RW 003/013, Padasuka, Kecamatan Cibeunying Kidul, Kota Bandung, Jawa Barat, sebagai Sekretaris Badan Pengurus

Selanjutnya disebut sebagai ----- **Pemohon IV;**

5. Nama : **Institute for Criminal Justice Reform (ICJR)**

Alamat : Jalan Komplek Departemen Kesehatan Nomor 4, Pasar Minggu, Kecamatan Pasar Minggu, Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota Jakarta diwakili oleh Wahyu Wagiman, beralamat di Puri Pesona Blok A/1 RT 004 RW 009, Bojong Pondok Terong, Cipayung, Depok, Jawa Barat, sebagai Ketua Badan Pengurus dan Anggota, S.H., beralamat di Jalan Anggrek Bulan II Blok F/13 RT 003 RW 010 Rawabuntu, Serpong, Tangerang Selatan, Banten, sebagai Sekretaris Badan Pengurus.

Selanjutnya disebut sebagai ----- **Pemohon V;**

6. Nama : **Perkumpulan Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat atau Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (LBHM)**
- Alamat : Jalan Tebet Timur Dalam VI E Nomor 3, Tebet, Jakarta Selatan, diwakili oleh Ori Rahman, S.H., beralamat di Jalan Moh. Kahfi II, GG Radi Nomor 51, RT/RW: 003/005, Kelurahan Cipedak, Kecamatan Jagakarsa, Jakarta Selatan, sebagai Ketua Dewan.

Selanjutnya disebut sebagai ----- **Pemohon VI;**

Berdasarkan Surat Kuasa Khusus masing-masing tertanggal 12 Maret 2020, 16 Maret 2020, 22 September 2020, dan 29 September 2020 diwakili oleh **Erasmus Abraham Todo Napitupulu, S.H., Maidina Rahmawati, S.H., Iftitahsari, S.H., M.Sc., Genoveva Alicia Karisa Sheila Maya, S.H., Herni Aning Subandini, S.H., M. Afif Abdul Qoyim, S.H., Ma'ruf, S.H., Aisyah Humaida, S.H., Dio Ashar Wicaksana, S.H., M.A., Maria Isabel Tarigan, S.H., Yosua Octavian, S.H., Dominggus Christian, S.H., Subhan Hamonangan Panjaitan, S.H., M.H., dan Singgih Tomi Gumilang, S.H.,** Advokat/Asisten Advokat, yang tergabung dalam Tim Penasihat Hukum Narkotika Untuk Kesehatan, memilih domisili hukum di kantor *Institute for Criminal Justice Reform (ICJR)* beralamat di Jalan Komplek Departemen Kesehatan Nomor 4, Pasar Minggu, Kecamatan Pasar Minggu, Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota Jakarta, Indonesia, bertindak baik sendiri-sendiri maupun bersama-sama.

Selanjutnya Pemohon I sampai dengan Pemohon VI disebut sebagai -----
----- **para Pemohon;**

- [1.2]** Membaca permohonan para Pemohon;
Mendengar keterangan para Pemohon;
Mendengar dan membaca keterangan Dewan Perwakilan Rakyat;

Mendengar dan membaca keterangan Presiden;
Mendengar dan membaca keterangan ahli dan saksi para Pemohon;
Mendengar dan membaca keterangan ahli Presiden;
Memeriksa bukti-bukti para Pemohon dan Presiden;
Membaca kesimpulan para Pemohon dan Presiden.

2. DUDUK PERKARA

[2.1] Menimbang bahwa para Pemohon telah mengajukan permohonan bertanggal 19 November 2020 yang diterima di Kepaniteraan Mahkamah Konstitusi (selanjutnya disebut Kepaniteraan Mahkamah) pada 19 November 2020 berdasarkan Akta Penerimaan Berkas Permohonan Nomor 239/PAN.MK/2020 dan telah dicatat dalam Buku Registrasi Perkara Konstitusi Elektronik (e-BRPK) pada tanggal 23 November 2020 dengan Nomor 106/PUU-XVIII/2020, yang telah diperbaiki dan diterima Mahkamah pada tanggal 28 Desember 2020, pada pokoknya menguraikan hal-hal sebagai berikut:

A. Kewenangan Mahkamah Konstitusi

1. Bahwa Mahkamah Konstitusi merupakan lembaga kekuasaan kehakiman yang baru dibentuk sebagai hasil dari proses transisi politik dari otoritarian ke demokrasi berdasarkan amandemen ketiga Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia Tahun 1945 (selanjutnya disebut sebagai "UUD 1945") khususnya pada Pasal 24 ayat (2) UUD 1945 yang menyatakan bahwa "Kekuasaan kehakiman dilakukan oleh sebuah Mahkamah Agung dan badan peradilan yang berada di bawahnya dalam lingkungan peradilan umum, lingkungan peradilan agama, lingkungan peradilan militer, lingkungan peradilan tata usaha negara, dan oleh sebuah Mahkamah Konstitusi";
2. Bahwa pengaturan mengenai Mahkamah Konstitusi tertuang dalam UUD 1945 khususnya Pasal 7B, Pasal 24 ayat (1) dan ayat (2), serta Pasal 24C, yang kemudian diatur lebih lanjut dalam Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman selanjutnya disebut sebagai "UU Kekuasaan Kehakiman"), Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2020 tentang Perubahan Ketiga atas Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi (selanjutnya disebut sebagai "UU MK"), dan Undang-Undang Nomor 15 Tahun

2019 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (selanjutnya disebut sebagai “UU Pembentukan Peraturan Perundang-undangan”);

3. Bahwa ketentuan Pasal 24C ayat (1) UUD 1945 menyebutkan sebagai berikut:

“Mahkamah Konstitusi berwenang mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk menguji undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar, memutus sengketa kewenangan lembaga negara yang kewenangannya diberikan oleh Undang-Undang Dasar, memutus pembubaran partai politik, dan memutus perselisihan tentang hasil pemilihan umum”;
4. Bahwa kemudian Pasal 29 ayat (1) UU Kekuasaan Kehakiman juga menegaskan bahwa:

“Mahkamah Konstitusi berwenang mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk:

 - a. menguji undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;”

Pasal 10 ayat (1) huruf a UU MK juga menyatakan:

“Mahkamah Konstitusi berwenang mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk:

 - a. menguji undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;”
5. Bahwa Pasal 9 ayat (1) UU Pembentukan Peraturan Perundang-undangan mengatur sebagai berikut: “Dalam hal suatu Undang-Undang diduga bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, pengujiannya dilakukan oleh Mahkamah Konstitusi.” Sebagai lembaga yang bertugas khusus untuk mengawal konstitusi (*the guardian of constitution*), MK dapat membatalkan keberadaan Undang-Undang secara menyeluruh ataupun per pasalnya yang isi atau proses terbentuknya bertentangan dengan konstitusi;
6. Bahwa dalam hal ini Para Pemohon memohon agar MK melakukan pengujian konstitusionalitas Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika [Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062] (selanjutnya disebut sebagai “UU Narkotika”);
7. Bahwa bunyi Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a berbunyi sebagai berikut: “Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan ‘Narkotika Golongan I’ adalah Narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu

pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan”.

8. Sedangkan Pasal 8 ayat (1) berbunyi: “Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan”;
9. Bahwa para Pemohon menyatakan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) dan 28H ayat (1) UUD 1945 yang berbunyi sebagai berikut:

Pasal 28C ayat (1) UUD 1945:

“Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.”

Pasal 28H ayat (1) UUD 1945:

“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.”

10. Bahwa dengan demikian berdasarkan ketentuan-ketentuan di atas maka para Pemohon berpendapat bahwa Mahkamah Konstitusi berwenang untuk memeriksa dan memutus Permohonan Uji Konstitusionalitas Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika ini;

B. Kedudukan Hukum (*Legal Standing*) Para Pemohon

11. Bahwa Pasal 51 ayat (1) UU MK *juncto* (jo.) Pasal 3 Peraturan Mahkamah Konstitusi Nomor 06/PMK/2005 tentang Pedoman Beracara dalam Perkara Pengujian Undang-Undang menyatakan sebagai berikut: “Pemohon adalah pihak yang menganggap hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya dirugikan oleh berlakunya undang-undang, yaitu:
 - a. Perorangan warga negara Indonesia;
 - b. Kesatuan masyarakat hukum adat sepanjang masih hidup dan sesuai dengan perkembangan masyarakat dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia yang diatur dalam undang-undang;
 - c. Badan hukum publik atau privat; atau
 - d. Lembaga negara.”

Kemudian dalam Penjelasan Pasal 51 ayat (1) UU MK lebih lanjut ditegaskan bahwa: “Yang dimaksud dengan hak konstitusional adalah hak-hak yang diatur dalam UUD 1945.”;

12. Bahwa dalam putusan-putusan MK sebelumnya yang salah satunya adalah Putusan Mahkamah Kontitusi Nomor 006/PUU-III/2005, MK juga telah menetapkan lima syarat terkait kerugian konstitusional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (1) UU MK di atas, yaitu:
- a. Harus ada hak dan/atau kewenangan konstitusional Pemohon yang diberikan oleh UUD 1945;
 - b. Hak dan/atau kewenangan konstitusional tersebut dianggap telah dirugikan oleh berlakunya undang-undang yang dimohonkan pengujian;
 - c. Kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional tersebut bersifat spesifik dan aktual, setidaknya bersifat potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi;
 - d. Ada hubungan sebab akibat (*causal verband*) antara kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional dengan undang-undang yang dimohonkan pengujian; dan
 - e. Ada kemungkinan bahwa dengan dikabulkannya permohonan, maka kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional yang didalilkan tidak akan atau tidak lagi terjadi.
13. Bahwa pengakuan atas hak bagi setiap warga negara Indonesia untuk mengajukan permohonan pengujian undang-undang terhadap UUD 1945 sebagaimana dijamin dalam sejumlah ketentuan di atas merupakan salah satu indikator perkembangan ketatanegaraan yang positif dan mencerminkan adanya kemajuan bagi penguatan prinsip-prinsip negara hukum;
14. Bahwa MK merupakan lembaga yudisial yang bertugas untuk menjaga hak asasi manusia yang merupakan hak konstitusional bagi setiap warga negara. Dengan kesadaran inilah Para Pemohon kemudian memutuskan untuk mengajukan Permohonan Pengujian Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika terhadap UUD 1945;
15. Bahwa dalam Permohonan Pengujian Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika ini para Pemohon terdiri dari perorangan dan kelompok masyarakat yang berhimpun dalam suatu wadah organisasi berbadan hukum Perkumpulan;

Pemohon Perorangan Warga Negara Indonesia

16. Bahwa pemohon perseorangan dalam permohonan *a quo* adalah 3 (tiga) orang ibu yang masing-masing memiliki seorang anak yang berusia dibawah 17 tahun

dan belum menikah sehingga secara hukum berhak bertindak untuk dan atas nama anak pemohon dimaksud. Hal ini sejalan dengan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 80/PUU-XIV/2016 tertanggal 31 Agustus 2017, yang selengkapnya berbunyi sebagai berikut:

“[3.6] Menimbang bahwa berdasarkan uraian Pemohon di atas, Mahkamah berpendapat bahwa meskipun sesungguhnya pihak yang mempunyai kepentingan langsung dalam permohonan *a quo* adalah anak Pemohon, yaitu Gloria Natapraja Hamel, namun oleh karena anak Pemohon tersebut pada saat permohonan *a quo* diajukan belum berusia 17 tahun dan belum kawin, sementara perihal kecakapan dan kemampuan bertindak dalam hukum menurut hukum positif yang berlaku saat ini masih mengaturnya secara berbeda-beda, sedangkan peristiwa yang oleh Pemohon didalilkan sebagai kerugian hak konstitusional telah secara aktual terjadi pada diri anak Pemohon (Gloria Natapraja Hamel), Mahkamah berpendapat bahwa Pemohon yang berkewarganegaraan Indonesia dan merupakan ibu kandung Gloria Natapraja Hamel secara hukum berhak bertindak untuk dan atas nama anak Pemohon dimaksud, termasuk untuk bertindak selaku Pemohon dalam memperjuangkan hak-hak yang oleh Pemohon dianggap sebagai hak konstitusional anak yang bersangkutan. Oleh karena itu, Mahkamah berpendapat, bahwa terlepas dari terbukti atau tidaknya dalil Pemohon perihal inkonstitusionalnya norma Undang-Undang yang dimohonkan pengujian, Pemohon *prima facie* memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) untuk mengajukan permohonan *a quo*,”

17. Dengan demikian berdasarkan Putusan Mahkamah Konstitusi 80/PUU-XIV/2016 tertanggal 31 Agustus 2017 tersebut ketiga pemohon perseorangan dalam perkara *a quo* memiliki kedudukan hukum untuk mewakili anak mereka mengajukan permohonan pengujian undang-undang ke Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia;

Pemohon I

18. Bahwa Pemohon I yang bernama Dwi Pertiwi merupakan Ibu kandung dari seorang anak laki-laki berusia 16 tahun, bernama Musa IBN Hassan Pedersen alias Musa yang sedang menderita *Cerebral Palsy*, yakni lumpuh otak yang disebabkan oleh perkembangan otak yang tidak normal. Sakit yang diderita anak Pemohon I tersebut berawal dari penyakit *pneumonia* yang pernah menyerangnya pada waktu bayi; (Bukti P-3)
19. Bahwa anak Pemohon I telah meninggal dunia pada 26 Desember 2020 karena kondisi yang sedang dideritanya;

20. Bahwa sekitar 2004 di Surabaya, Jawa Timur, ketika berumur 40 hari, anak Pemohon I mengalami sakit *pneumonia* namun oleh karena terdapat kekeliruan dalam pemberian diagnosa dan pengobatannya, maka penyakit *pneumonia* tersebut berkembang menjadi meningitis yang menyerang otak;
21. Bahwa metode pengobatan yang dijalani oleh anak Pemohon I saat ini hanya berupa fisioterapi dan pemberian obat-obatan anti kejang seperti *vaporic acid* 5.5ml (diminum sehari dua kali), *phenobarbital* 30mg, *latropil* 5ml (diminum sehari dua kali), dan *stesolid* (hanya saat terjadi kejang yang parah);
22. Bahwa Pemohon I membesarkan anaknya seorang diri setelah bercerai dengan suaminya dengan kondisi anak Pemohon I yang berkebutuhan khusus sebagaimana dijelaskan di atas;
23. Bahwa anak Pemohon I merupakan harapan dan sumber semangat bagi ibunya yang mencoba bangkit untuk bertahan dan melanjutkan hidupnya setelah mengalami perceraian. Oleh karenanya, segala daya upaya ditempuh oleh Pemohon I yang bertekad untuk memberikan waktu dan perhatian yang lebih untuk anaknya dan bekerja keras untuk mendapatkan penghasilan yang cukup untuk memberikan pengobatan yang terbaik bagi anak Pemohon I termasuk menyediakan alat bantu hidup yang memadai;
24. Bahwa anak dengan *Cerebral Palsy* masih dapat tumbuh dan berkembang mendekati normal apabila dilakukan intervensi sedini mungkin untuk mengejar pertumbuhan kembali sel-sel otak yang rusak. Akan tetapi, anak Pemohon I tidak mendapatkan intervensi yang dini tersebut sehingga saat ini kondisinya bergantung sepenuhnya pada orang lain selama 24 jam penuh;
25. Bahwa intervensi dini tersebut tidak didapat anak Pemohon I karena keluarganya yang dihadapkan oleh situasi dan kondisi yang sulit. Pemohon I pada masa awal anak Pemohon I menderita *Cerebral Palsy*, Pemohon mengalami keterbatasan secara ekonomi namun di sisi lain juga harus mengurus anak Pemohon I secara penuh waktu seorang diri karena tidak ada pihak keluarga yang dapat membantunya merawat anak Pemohon I. Kemudian terdapat pula stigma-stigma yang berkembang dari masyarakat sekitar mengenai keberadaan anak berkebutuhan khusus. Lalu fasilitas umum yang dapat meringankan hidup anak berkebutuhan khusus juga belum diberikan oleh negara, sekalipun tersedia, seringkali fasilitas umum tersebut dibangun seadanya sehingga tetap tidak cocok untuk digunakan oleh anak berkebutuhan

khusus. Alat-alat bantu hidup seperti alat bantu jalan, kursi roda, dan tempat memandikan anak berkebutuhan khusus juga sangat tidak terjangkau oleh Pemohon I;

26. Bahwa untuk mencari alternatif pengobatan dan pengobatan yang lebih baik pada anak Pemohon I, Pemohon I mengumpulkan informasi dari berbagai sumber yang dirinya dapat dari rekan-rekannya ataupun pemberitaan di internet dan berhubungan dengan orang tua dari pasien-pasien lain yang menggunakan pengobatan dengan ganja;
27. Bahwa berdasarkan informasi yang didapat oleh Pemohon I terdapat beberapa pemberitaan terkait pengobatan ganja untuk anak-anak berkebutuhan khusus seperti anak Pemohon I di luar negeri;
28. Bahwa pada 2015, seorang anak perempuan berumur 7 tahun bernama Zoe di Selandia Baru, mendapatkan izin dari pemerintah setempat untuk menggunakan Sativex, obat semprot berbahan minyak ganja selama 6 bulan untuk mengobati kondisi kejang yang tidak terkontrol akibat kondisi cerebral palsy yang dideritanya; (Bukti P-28)
29. Bahwa pada 2016, seorang anak laki-laki di Ontario, Canada, mendapatkan pengobatan ganja untuk kondisi cerebral palsy dan kelainan flu yaitu *Lennox Gastaut syndrome*, yang dideritanya; (Bukti P-29)
30. Bahwa pada 2017, seorang ayah dari anak penderita cerebral palsy bernama Mark Zartler menjadi berita utama di koran-koran negara bagian Texas, Amerika Serikat, karena memvideokan dirinya memberikan terapi pengasapan dengan ganja pada anaknya, Kara Zartler yang menderita cerebral palsy dan sedang kejang-kejang, perlahan-lahan setelah diberikan terapi pengasapan ganja tersebut, tubuh Kara menjadi rileks dan kejang-kejangnya berhenti (Bukti P-30). Akibat kasus ini, Texas menjadi salah satu negara yang secara serius memberikan perhatian pada akses pengobatan ganja dengan cara mengubah beberapa undang-undang terkait akses narkoba untuk medis (Bukti P-31);
31. Bahwa pada 2018, *the US Foods and Drugs Administration* (FDA) atau badan pengendali obat dan makanan Amerika Serikat menyetujui obat Epidiolex (cannabidiol/[CBD]) untuk pengobatan kejang yang terkait dengan dua bentuk epilepsi yang jarang dan parah, yaitu sindrom *Lennox-Gastaut* dan sindrom Dravet, pada pasien berusia dua tahun ke atas. Ini adalah obat pertama yang

- disetujui FDA yang mengandung zat obat murni yang berasal dari ganja; (Bukti P-32)
32. Bahwa secara ilmiah, beberapa jurnal juga pernah menunjukkan hasil yang mendukung penggunaan ganja untuk pengobatan anak dengan *cerebral palsy*. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Stephanie Libzon, Lihi Bar-Lev Schleider, Naama Saban, Luda Levit, Yulia Tamari, Ilan Linder, Tally Lerman-Sagie dan Lubov Blumkin (2018), ditemukan bahwa pasien anak yang menderita lumpuh otak (*Cerebral Palsy*) memperoleh kenaikan skala terkait suasana hati, pencernaan, kualitas tidur dan nafsu makan setelah mendapatkan dosis pengobatan yang memiliki kandungan cannabidiol dan THC. Dimana secara rincian, perubahan terkait hal pencernaan terjadi pada kelompok pasien yang mendapatkan dosis cannabidiol dan THC dengan kisaran 90 mg/d dan 14.85 mg/d. Sedangkan kelompok yang mendapatkan perubahan terkait kualitas tidur adalah mereka yang mendapatkan dosis cannabidiol dan THC dengan kisaran 210 mg/d dan 10.5 mg/d. Dalam penelitian ini juga menyimpulkan bahwa uji coba minyak dari formulasi cannabis dengan mengandung cannabidiol dan THC dengan skala 90 mg/d, 14.85 mg/d, 210 mg/d dan 10.5 mg/d, efektif untuk digunakan kepada anak yang menderita gangguan motorik kompleks, dengan cara mengurangi dampak dari *dystonia* dan kejang-kejang, serta memperbaiki fungsi kemampuan motorik dan kualitas hidup; (Bukti P-33)
 33. Bahwa sebelumnya berdasarkan pengalaman dari salah satu negara bagian di Amerika Serikat, yaitu Michigan (2008), penggunaan ganja diizinkan dalam keperluan medis. Salah satu alasan yang dikemukakan adalah adanya temuan dari National Academy of Sciences Institute of Medicine (1999) yang menemukan bahwa ganja dapat digunakan untuk mengobati atau mengurangi rasa sakit, rasa mual dan gejala lain yang terkait kondisi penyakit-penyakit yang dapat melemahkan; (Bukti P-34)
 34. Bahwa pada tahun yang sama di 2008, peneliti pada University of Salerno di Italia melaporkan banyak penelitian-penelitian klinis yang telah dilakukan untuk menguji efektivitas *cannabinoids* untuk terapi *multiple sclerosis*. Salah satunya yakni penelitian *Cannabinoids in Multiple Sclerosis (CAMS)* oleh Zajicek, *et. al.* pada 2005 yang merupakan penelitian klinis pertama yang menggunakan sampel besar yakni terhadap 630 pasien klinik di Inggris yang mengalami spasticity, yaitu gejala yang timbul karena *multiple sclerosis* dan muncul juga

pada anak yang hidup dengan *cerebral palsy*. Sebanyak 211 orang di antaranya dirawat dengan menggunakan *cannabis extract* dan 206 orang di antaranya dirawat dengan *tetrahydrocannabinol* ($\Delta 9$ -THC). Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa 61% dari pasien yang dirawat dengan *cannabis extract* mengalami kemajuan, begitu pula dengan 60% pasien yang dirawat dengan $\Delta 9$ -THC; (Bukti P-35, Bukti P-36)

35. Bahwa informasi terkait penggunaan ganja untuk penderita cerebral palsy, sangat mudah ditemukan dalam berbagai bentuk pemberitaan dan informasi, baik media online, informasi komunitas maupun jurnal-jurnal ilmiah serta informasi resmi dari pemerintah di berbagai negara;
36. Bahwa Pemohon I dalam upayanya memberikan pengobatan yang terbaik bagi anaknya, kemudian mencari tahu jenis pengobatan/terapi lainnya, akhirnya memberikan minyak ganja (*cannabis oil*) kepada anaknya pada November 2016 ketika sedang mengusahakan pelayanan kesehatan untuk anaknya di kota Daylesford, negara bagian Victoria, Australia. Pengobatan atau terapi ganja tersebut dilakukan oleh Pemohon I dengan sistem pengasapan (bakar dupa) dan minyak ganja yang bahannya didapatkan dari teman Pemohon I yang juga sedang melakukan pengobatan dengan ganja di Australia;
37. Bahwa setelah diberi pengobatan dengan ganja tersebut, setiap hari selama satu bulan penuh sejak November 2016 sampai dengan Desember 2016, kondisi anak Pemohon I menjadi jauh lebih baik. Anak Pemohon I terlihat menjadi lebih *relax* atau lebih tenang, lebih fokus, kondisi *muscle tones*/otot dan tulang menjadi lebih lembut, dan gejala kejangnya berhenti total. Selama periode itu, anak Pemohon I sama sekali tidak mengkonsumsi obat dari dokter. Padahal sebelumnya, otot-otot anak Pemohon I sangat kaku sehingga sulit dilakukan terapi dan anak Pemohon I juga kesulitan untuk mengeluarkan dahak dan mengalami gejala kejang hampir seminggu sekali;
38. Bahwa Pemohon I akhirnya memutuskan untuk menghentikan pengobatan dengan menggunakan ganja kepada anak Pemohon I tersebut setelah mengetahui resiko adanya konsekuensi pidana yang mengancamnya kendati kondisi kesehatan anak Pemohon I telah menunjukkan perkembangan yang sangat signifikan;
39. Ditambah lagi munculnya kasus-kasus pidana terhadap penggunaan ganja untuk kepentingan pengobatan seperti kasus Fidelis Arie Sudewarto, warga

Sanggau, Kalimantan Barat yang dipidana pada 2017 karena memberikan pengobatan ganja kepada istrinya yang menderita penyakit langka *syringomyelia* (Bukti P-37). Resiko pemenjaraan tidak dapat diambil oleh Pemohon I karena Pemohon I adalah orang tua tunggal dan anak pemohon I sangat bergantung pada Pemohon I, akibatnya pengobatan dengan ganja terhadap anak Pemohon I terpaksa harus dihentikan;

40. Bahwa selain itu, Pemohon I juga tidak bisa mendapatkan kandungan pengobatan yang sama dengan ganja untuk terapi dan pengobatan anak Pemohon I di Indonesia, dikarenakan adanya ketentuan yang melarang penggunaan Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan, bahwa ganja masuk ke dalam Narkotika Golongan I;
41. Bahwa adanya larangan tersebut telah secara jelas menghalangi Pemohon I untuk mendapatkan pengobatan yang dapat meningkatkan kualitas kesehatan dan kualitas hidup bagi anak Pemohon I hingga taraf semaksimal mungkin yang dapat dijangkau;
42. Bahwa keadaan tersebut telah menimbulkan kerugian konstitusional kepada Pemohon I secara aktual akibat keberadaan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika sehingga Pemohon I memiliki kepentingan konstitusional untuk mengajukan permohonan *a quo*;
43. Bahwa berdasarkan kronologi di atas, maka dapat disimpulkan dengan dikabulkannya Permohonan Pengujian Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika ini, maka kerugian hak atas pelayanan kesehatan dan kerugian hak untuk memperoleh manfaat berupa pelayanan kesehatan yang dihasilkan dari proses pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sebagaimana dijamin oleh Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 195 tidak lagi terjadi;
44. Bahwa berdasarkan penjelasan-penjelasan yang telah dikemukakan di atas, maka syarat *legal standing* sebagaimana disebutkan dalam Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 022/PUU-XII/2014 terhadap Pemohon I dengan ini dapat dinyatakan telah terpenuhi;

Pemohon II

45. Bahwa Pemohon II yang bernama Santi Warastuti adalah ibu kandung dari anak perempuan berusia 12 tahun, bernama *Pika Sasikirana* alias Pika, bahwa sejak dalam kandungan hingga dilahirkan anak Pemohon II berada dalam kondisi

kesehatan yang normal hingga akhirnya saat anak Pemohon II duduk di bangku taman kanak-kanak kondisi kesehatannya menurun yang ditandai dengan sering jatuh tidak sadarkan diri, muntah, dan kejang; (Bukti P-4)

46. Bahwa Pemohon II pada saat itu berdomisili di Bali, sekitar akhir 2014 atau awal 2015 hasil pemeriksaan dokter menyatakan anak Pemohon II menderita epilepsi yang menyebabkannya perlu menjalani terapi dengan mengonsumsi obat-obatan, terapi tusuk jari, dan fisioterapi; (Bukti P-5)
47. Bahwa oleh karena keluarga Pemohon II dihadapkan oleh masalah keterbatasan ekonomi, maka keluarga Pemohon II kemudian memutuskan untuk pindah ke Yogyakarta pada 2015 dan kondisi kesehatan anak Pemohon II sejak saat itu semakin menurun yang diikuti dengan gejala kejang-kejang yang cukup lama. Akhirnya setelah kembali didiagnosa, ternyata anak Pemohon II diketahui menderita *Japanese Encephalitis*, yaitu infeksi pada otak yang disebabkan oleh virus;
48. Bahwa anak Pemohon II selama ini menjalani terapi dan mengonsumsi obat-obatan secara rutin yang ditanggung oleh BPJS akan tetapi berdasarkan keterangan pihak rumah sakit tempat anak Pemohon II diterapi dalam waktu dekat pengobatan tersebut akan dihentikan karena adanya kebijakan baru dari BPJS yang membatasi umur pasien yang dapat menerima pengobatan tersebut yakni maksimal usia 7 tahun;
49. Bahwa rincian biaya pengobatan untuk anak Pemohon II antara lain: (a) *home care* fisioterapi durasi seminggu satu kali dengan biaya Rp 100.000, 00 (seratus ribu rupiah) tiap pertemuan (b) biaya pembuatan sepatu AFO sebesar Rp 900.000, 00 (sembilan ratus ribu rupiah) yang disesuaikan dengan ukuran kaki setiap tahunnya; (c) *Backslap* kaki-tangan sebesar Rp 750.000, 00 (tujuh ratus lima puluh ribu rupiah); (d) Matras terapi seharga Rp 800.000, 00 (delapan ratus ribu rupiah). Biaya-biaya tersebut belum termasuk untuk kebutuhan harian lainnya seperti pokok/pampers, vitamin, susu, dan lain sebagainya; (Bukti P-6)
50. Bahwa sebelumnya saat masih berdomisili di Bali, Pemohon II pernah mendengar informasi mengenai manfaat terapi yang menggunakan ganja (*cannabis/Canabinoid (CBD) oil*) dari rekan kerjanya yang berkebangsaan asing. Rekan kerjanya tersebut bahkan juga sempat menawarkan untuk membawakan minyak cannabis (*CBD Oil*) dari luar negeri supaya dapat digunakan sebagai terapi untuk anak Pemohon II;

51. Bahwa kendati terdapat keinginan yang kuat untuk mencoba menggunakan minyak cannabis (*CBD Oil*) demi memperbaiki kualitas kesehatan anak Pemohon II, namun karena Pemohon II menyadari bahwa di Indonesia penggunaan ganja termasuk untuk kepentingan kesehatan adalah hal yang dilarang, sehingga sampai dengan saat ini pun tidak ada akses yang sah untuk mendapatkan minyak cannabis (*CBD Oil*) tersebut. Pemohon II akhirnya tidak dapat memperoleh minyak cannabis tersebut untuk digunakan sebagai terapi bagi anaknya;
52. Bahwa Pemohon II juga mengetahui dari Pemohon I bahwa anak Pemohon I yang meskipun menderita penyakit yang berbeda dengan anak Pemohon II namun kondisi keduanya sama yakni adanya gangguan fungsi otak (*cerebral palsy*) dengan gejala kejang-kejang, sempat menunjukkan perkembangan kondisi kesehatan yang membaik secara signifikan setelah dilakukan terapi dengan menggunakan ganja. Namun Pemohon II tidak mempunyai kesempatan dan biaya seperti Pemohon I pergi ke Australia atau luar negeri untuk dapat mencoba terapi tersebut kepada anaknya guna membuktikan adanya manfaat terapi dengan menggunakan ganja terhadap kondisi kesehatan anak Pemohon II;
53. Bahwa adanya ketentuan yang melarang penggunaan Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan telah secara langsung atau setidak-tidaknya berpotensi menghalangi Pemohon II untuk mendapatkan pengobatan yang dapat meningkatkan kualitas kesehatan dan kualitas hidup anak Pemohon II hingga taraf semaksimal mungkin yang dapat dijangkau;
54. Bahwa berdasarkan kronologi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa dengan dikabulkannya Permohonan Pengujian Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika ini, maka kerugian hak atas pelayanan kesehatan dan kerugian hak untuk memperoleh manfaat berupa pelayanan kesehatan yang dihasilkan dari proses pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sebagaimana dijamin oleh Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 195 tidak lagi terjadi;
55. Bahwa keberadaan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika telah secara aktual menimbulkan kerugian konstitusional kepada Pemohon II atau setidak-tidaknya berpotensi menghalangi pemenuhan hak konstitusional Pemohon II dan anaknya berupa hak atas pelayanan kesehatan

dan hak untuk memperoleh manfaat berupa pelayanan kesehatan yang dihasilkan dari proses pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;

56. Bahwa berdasarkan penjelasan-penjelasan yang telah dikemukakan di atas, maka syarat *legal standing* Pemohon II dengan ini dapat dinyatakan telah terpenuhi;

Pemohon III

57. Bahwa Pemohon III yang bernama Nafiah Muharyanti, A.Md., adalah ibu dari seorang anak perempuan berusia 10 tahun, bernama *Masayu Keynan Almeera P.* alias Keynan yang saat ini menderita Epilepsi dan *Diplegia Spactic* yang juga merupakan bentuk dari Cerebral Palsy. Bahwa anak Pemohon III yang lahir secara prematur 34 mg BB 1.4 kg telah divonis *Celebral Palsy* pada usia 2 bulan yang mengakibatkan gangguan motorik halus dan kasar serta kejang yang berulang setiap hari; (Bukti P-7)
58. Bahwa anak Pemohon III selama ini mengonsumsi obat rutin setiap hari berupa obat kejang, Diazepam, dan beberapa vitamin-vitamin untuk syaraf. Bahwa anak Pemohon III juga menjalani fisioterapi setiap hari sejak usia 4 bulan hingga 4 tahun, namun saat ini berkurang intensitasnya menjadi tiga kali dalam satu minggu karena keterbatasan waktu, tenaga dan biaya serta kondisi Pemohon III yang kemudian memiliki tanggungan dua anak lainnya;
59. Bahwa kondisi anak Pemohon III yang saat ini berusia 10 tahun masih mengalami kejang-kejang non-verbal sebanyak tiga sampai empat kali, dengan masih memiliki keterbatasan gerak karena baru bisa merayap dan menggerakkan tangan;
60. Bahwa biaya pengobatan yang dikeluarkan oleh Pemohon III untuk anak Pemohon III antara lain digunakan untuk fisioterapi sebanyak tiga kali dalam satu minggu yang setiap satu kali fisioterapi memakan biaya sebesar Rp 150.000 (seratus lima puluh ribu rupiah). Kemudian untuk biaya pembelian obat-obatan yang rutin dikonsumsi yakni sebesar Rp 750.000, 00 (tujuh ratus lima puluh ribu rupiah) setiap bulan. Lalu terdapat pula biaya-biaya lainnya untuk melakukan perjalanan ketika berobat, pembelian vitamin sebagai suplemen tambahan, serta biaya untuk pijat tradisional sehingga total pengeluaran keseluruhan adalah sekitar Rp 2.550.000 (dua juta lima ratus lima puluh ribu rupiah). Biaya yang paling banyak dikeluarkan selain obat dan fisioterapi sebenarnya adalah untuk pembelian popok oleh karena anak Pemohon III masih belum mampu untuk

buang air kecil maupun buang air besar sendiri dan bahkan juga tidak mengerti cara mengkomunikasikannya dengan orang lain;

61. Bahwa Pemohon III pernah menceritakan kepada Pemohon I bahwa anak Pemohon III sempat mengalami kejang yang hebat sekitar 1,5 tahun yang lalu;
62. Bahwa dari hasil pembicaraan Pemohon III dan Pemohon I, Pemohon III mengetahui kemajuan perkembangan yang signifikan dari kondisi kesehatan anak Pemohon I setelah menjalani terapi dengan menggunakan ganja di Australia. Meskipun Pemohon III tertarik untuk mencoba terapi dengan menggunakan ganja seperti yang dilakukan oleh Pemohon I, namun karena Pemohon III menyadari bahwa terapi tersebut tidak diperbolehkan secara hukum di Indonesia maka keinginan Pemohon III untuk memperbaiki kondisi kesehatan anaknya tersebut pun dengan sangat terpaksa harus dipendam;
63. Bahwa Pemohon III yang selayaknya orang tua bersedia melakukan segala upaya untuk memperbaiki kondisi kesehatan anaknya sangat berharap suatu hari nanti terapi dengan menggunakan ganja tersebut dapat tersedia secara sah di Indonesia, sehingga masih terdapat peluang bagi Pemohon III untuk sedikit berharap agar kondisi kesehatan anaknya dan anak-anak lainnya yang menderita *Cerebral Palsy* di Indonesia juga dapat mengalami perkembangan kualitas kesehatan secara optimal;
64. Bahwa dengan demikian, adanya ketentuan yang melarang penggunaan Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan telah menimbulkan kerugian konstitusional kepada Pemohon III secara aktual atau setidaknya berpotensi menghalangi Pemohon III untuk mendapatkan pengobatan yang dapat meningkatkan kualitas kesehatan dan kualitas hidup anaknya hingga taraf semaksimal mungkin yang dapat dijangkau, sehingga Pemohon III memiliki kepentingan konstitusional untuk mengajukan permohonan *a quo*;
65. Bahwa berdasarkan kronologi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa dengan dikabulkannya Permohonan Pengujian Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika ini, maka kerugian hak atas pelayanan kesehatan dan kerugian hak untuk memperoleh manfaat berupa pelayanan kesehatan yang dihasilkan dari proses pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sebagaimana dijamin oleh Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 195 tidak lagi terjadi;

66. Bahwa Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika telah secara aktual atau setidaknya berpotensi menghalangi pemenuhan hak konstitusional Pemohon III dan anaknya berupa hak atas pelayanan kesehatan dan hak untuk memperoleh manfaat berupa pelayanan kesehatan yang dihasilkan dari proses pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
67. Bahwa berdasarkan penjelasan-penjelasan yang telah dikemukakan di atas, maka syarat *legal standing* sebagaimana disebutkan dalam Putusan MK Nomor 022/PUU-XII/2014 terhadap Pemohon III dengan ini dapat dinyatakan telah terpenuhi;

Pemohon Badan Hukum Privat

68. Bahwa selain jaminan perlindungan konstitusional terhadap ruang partisipasi aktif masyarakat dalam pembangunan bangsa dan negara, penegasan serupa juga tertuang dalam peraturan perundang-undangan seperti Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (UU HAM). Pasal 15 UU HAM menegaskan bahwa: “*Setiap orang berhak untuk memperjuangkan hak pengembangan dirinya, baik secara pribadi maupun kolektif, untuk membangun masyarakat, bangsa, dan negaranya*”. Bahkan dalam Pasal 16 juga dijamin secara khusus mengenai hak individu atau kelompok untuk mendirikan suatu organisasi untuk tujuan sosial dan kebajikan, termasuk menyelenggarakan pendidikan dan pengajaran hak asasi manusia;
69. Bahwa badan hukum atau *rechtspersoon* adalah entitas yang mengemban hak dan kewajiban berdasarkan hukum serta mampu melakukan suatu tindakan hukum (*rechtsbevoegd*), sehingga dapat dijadikan subjek hukum. Berdasarkan Pasal 1635 KUH Perdata, setiap perkumpulan orang harus dianggap sebagai badan hukum, selama orang-orang yang tergabung didalamnya memang bermaksud untuk mendirikan suatu organisasi;
70. Bahwa Prof. Subekti dalam bukunya “Pokok-Pokok Hukum Perdata”, Penerbit PT. Intermasa, pada halaman 21 menyatakan bahwa: “Disamping orang-orang (manusia), telah nampak pula dalam hukum ikut sertanya badan-badan dan perkumpulan-perkumpulan yang juga dapat memiliki hak-hak dan melakukan perbuatan-perbuatan hukum seperti seorang manusia, badan-badan dan perkumpulan-perkumpulan itu mempunyai kekayaan sendiri, ikut serta dalam lalu lintas hukum dengan perantraan pengurusnya, dapat digugat dan juga

menggugat dimuka hakim, pendek kata diperlakukan sepenuhnya sebagai manusia. Badan hukum atau perkumpulan yang demikian itu dinamakan badan hukum atau *rechtspersoon*.”;

71. Bahwa doktrin *organization standing* atau *legal standing* merupakan sebuah prosedur beracara yang tidak hanya dikenal dalam doktrin akan tetapi juga telah dianut dalam berbagai peraturan perundangan di Indonesia, seperti Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup, Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, dan Undang-Undang Nomor 41 Tahun 1999 tentang Kehutanan;
72. Bahwa organisasi dapat bertindak mewakili kepentingan publik/umum adalah organisasi yang memenuhi persyaratan yang ditentukan dalam berbagai peraturan perundang-undangan maupun yurisprudensi, yaitu:
 - a. berbentuk badan hukum atau yayasan;
 - b. dalam Anggaran Dasar organisasi yang bersangkutan menyebutkan dengan tegas mengenai tujuan didirikannya organisasi tersebut; dan
 - c. telah melaksanakan kegiatan sesuai dengan anggaran dasarnya.

Pemohon IV

73. Bahwa **Pemohon IV** adalah Organisasi Non Pemerintah atau Lembaga Swadaya Masyarakat yang tumbuh dan berkembang secara swadaya, atas kehendak dan keinginan sendiri di tengah masyarakat serta didirikan atas dasar kepedulian untuk menghapuskan stigma dan diskriminasi yang ada pada masyarakat sehingga semua warga negara memiliki kesempatan yang sama untuk maju dan memperoleh jaminan atas perlindungan terhadap hak asasi manusia, termasuk di dalamnya hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan hak untuk mendapatkan manfaat berupa pelayanan kesehatan dari hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, sebagaimana dijamin oleh UUD 1945 maupun sejumlah peraturan perundang-undangan lainnya; (Bukti P-8)
74. Bahwa Pemohon IV diwakili oleh Aditia Taslim, dalam kedudukannya sebagai Ketua Badan Pengurus, dan Ridwan Natakusuma, dalam kedudukannya sebagai Sekretaris Badan Pengurus yang berdasarkan ketentuan Pasal 12 ayat (1) Anggaran Dasar Perkumpulan berhak dan sah bertindak untuk dan atas nama Perkumpulan di hadapan maupun di luar pengadilan; (Bukti P-8)

75. Bahwa tugas dan peranan Pemohon IV dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan yang diamanatkan dalam Anggaran Dasar telah mendayagunakan lembaganya sebagai sarana untuk penanggulangan AIDS dan pengendalian NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya) secara nasional beserta perumusan kebijakannya yang berpihak pada kesetaraan dan pemenuhan hak asasi manusia. Hal ini sebagaimana tercermin di dalam Anggaran Dasar dan/atau Akta Pendirian Organisasi Pemohon IV;
76. Bahwa dasar dan kepentingan hukum Pemohon IV dalam mengajukan Permohonan Pengujian Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika dapat dibuktikan dengan Anggaran Dasar dan/atau Anggaran Rumah Tangga Pemohon IV. Dalam Anggaran Dasar dan/atau Anggaran Rumah Tangga Pemohon IV disebutkan dengan tegas mengenai tujuan didirikannya organisasi dan Pemohon IV juga telah melaksanakan kegiatan sesuai dengan Anggaran Dasarnya;
77. Bahwa dalam mencapai maksud dan tujuannya, Pemohon IV telah melakukan berbagai macam usaha/kegiatan yang dilakukan secara terus menerus, sebagaimana halnya telah menjadi pengetahuan umum (*notoire feiten*). Adapun bentuk kegiatan yang telah dilakukan oleh Pemohon IV adalah sebagai berikut:
- a. Melakukan pendampingan secara cuma-cuma bagi kelompok masyarakat yang rentan dan marginal, termasuk ketika mereka harus berhadapan dengan hukum, serta melakukan advokasi untuk kebijakan berbasis kesehatan masyarakat dan hak asasi manusia. Pemohon IV telah menjalankan berbagai program secara nasional untuk meningkatkan pemanfaatan layanan pengobatan HIV yang berkelanjutan dan layanan pengurangan dampak buruk konsumsi narkotika (*harm reduction*) dengan menggabungkan pendekatan medis, psikologis, dan sosial sesuai kebutuhan tiap-tiap individu (*tailor-made*). Pendekatan medis meliputi pemantauan kondisi fisik awal tiap residen yang berkaitan dengan konsumsi NAPZA serta kondisi medis lain seperti HIV dan penyakit lainnya. Pendekatan psikologis mencakup pemulihan aspek-aspek psikologis yang terdampak termasuk gangguan jiwa akibat konsumsi NAPZA dan perubahan perilaku. Pendekatan sosial meliputi peningkatan kemampuan mengatasi persoalan kehidupan bermasyarakat dan khususnya yang berhubungan dengan NAPZA;

- b. Menerapkan pendekatan inovatif yang bertujuan menjembatani pengguna narkoba jarum suntik dengan layanan komprehensif termasuk layanan HIV yang berkelanjutan melalui aplikasi ponsel. Program ini diselaraskan dengan capaian utama program AIDS global, yaitu 90% orang mengetahui status HIV-nya, 90% orang dengan HIV mendapat layanan pengobatan HIV, dan 90% bertahan dalam pengobatan dan layanan HIV;
- c. Terus-menerus melakukan kampanye publik dalam rangka untuk meningkatkan kesadaran warga negara mengenai hak-hak konstitusionalnya yang dijamin oleh UUD 1945, termasuk di dalamnya adalah hak atas pelayanan kesehatan, hak atas informasi, dan hak atas keadilan. Bentuk-bentuk upaya kampanye publik yang dilakukan oleh Pemohon IV dapat dilihat dari situs-situs resmi berikut: www.rumahcemara.or.id, www.reformasikuhp.org; (Bukti P-9), (Bukti P-10)

Pemohon V

78. Bahwa Pemohon V adalah organisasi nirlaba yang bertujuan dalam bidang sosial dan kemanusiaan untuk mendorong terwujudnya sistem peradilan pidana dan hukum yang berkeadilan dengan berorientasi pada nilai-nilai hak asasi manusia di Indonesia, termasuk di dalamnya hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan hak untuk mendapatkan manfaat berupa pelayanan kesehatan dari hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, sebagaimana dijamin oleh UUD 1945 maupun sejumlah peraturan perundang-undangan lainnya; (Bukti P-11)
79. Bahwa Pemohon V diwakili oleh Wahyu Wagiman, dalam kedudukannya sebagai Ketua Badan Pengurus dan Anggara, S.H., dalam kedudukannya sebagai Sekretaris Badan Pengurus, yang berdasarkan ketentuan Pasal 17 ayat (1) Anggaran Dasar Perkumpulan berhak dan sah bertindak untuk dan atas nama Perkumpulan di hadapan maupun di luar pengadilan; (Bukti P-11)
80. Bahwa tugas dan peranan Pemohon V dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan yang diamanatkan dalam Anggaran Dasar berupa penelitian, pelatihan, dan litigasi strategis, telah mendayagunakan lembaganya sebagai sarana untuk memberikan kontribusi dalam perumusan kebijakan juga bagi masyarakat sipil untuk terlibat secara konstruktif dalam upaya mereformasi sistem peradilan pidana, hukum pidana, dan hukum pada umumnya yang selaras dengan nilai-

nilai dan prinsip hak asasi manusia. Hal ini sebagaimana tercermin di dalam Anggaran Dasar dan/atau Akta Pendirian Organisasi Pemohon V;

81. Bahwa dasar dan kepentingan hukum Pemohon V dalam mengajukan Permohonan Pengujian Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika dapat dibuktikan dengan Anggaran Dasar dan/atau Anggaran Rumah Tangga Pemohon V. Dalam Anggaran Dasar dan/atau Anggaran Rumah Tangga Pemohon V disebutkan dengan tegas mengenai tujuan didirikannya organisasi dan Pemohon V juga telah melaksanakan kegiatan sesuai dengan Anggaran Dasarnya;
82. Bahwa dalam mencapai maksud dan tujuannya, Pemohon V telah melakukan berbagai macam usaha/kegiatan yang dilakukan secara terus menerus, sebagaimana halnya telah menjadi pengetahuan umum (*notoire feiten*). Adapun bentuk kegiatan yang telah dilakukan oleh Pemohon V adalah sebagai berikut:
 - a. Turut aktif dalam setiap proses pengambilan kebijakan negara termasuk dalam proses pembentukan berbagai peraturan perundang-undangan dengan cara memberikan sejumlah masukan kritis kepada pembuat kebijakan (*policy makers*) dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) lainnya berdasarkan hasil penelitian yang akurat dalam rangka untuk mendorong proses pembentukan kebijakan yang berbasis bukti (*evidence-based policy*) dan selaras dengan kewajiban negara untuk menghormati, memenuhi dan melindungi hak asasi manusia setiap warga negara. Beberapa penelitian yang terkait dengan hak atas kesehatan yang pernah dilakukan oleh Pemohon V antara lain: *Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dalam Ancaman RKUHP* (2019); *Tindak Pidana Narkotika dalam Rancangan KUHP: Jerat Penjara untuk Korban Narkotika* (2019); *Problem Aturan Aborsi: Ancaman Kriminalisasi Tenaga Kesehatan, Korban Perkosaan, dan Ibu Hamil dalam R KUHP* (2017); *Memperkuat Revisi Undang-Undang Narkotika Indonesia* (2017); *Aspek-Aspek Penting dalam Penanganan Permohonan dan Penelaahan Bantuan Medis dan Psikososial Korban Pelanggaran HAM Berat LPSK* (2016); *Akses terhadap Informasi dan Layanan Kontrasepsi dalam Rancangan KUHP* (2016); dan *Meninjau Rehabilitasi Pengguna Narkotika dalam Praktik Peradilan* (2016).
 - b. Terlibat dalam berbagai upaya litigasi strategis untuk mendukung adanya perubahan pada sistem peradilan pidana dan juga hukum pidana di

Indonesia yang dapat berdampak luas terhadap upaya menjamin perlindungan hak asasi manusia. Upaya litigasi strategis selama ini dilakukan baik secara langsung dengan beracara di Pengadilan Negeri (Gugatan Perbuatan Melawan Hukum terkait Terjemahan Resmi KUHP ke Pengadilan Negeri Jakarta Pusat pada 2018) maupun di Mahkamah Konstitusi (Pengujian Pasal 31 ayat (4) UU No 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik pada 2010 dan Pengujian Pasal-Pasal Makar dalam KUHP pada 2017). Selain itu, litigasi strategis juga dilakukan secara tidak langsung melalui pengiriman dokumen Amicus Curiae (Sahabat Pengadilan) misalnya mengenai Pendapat Hukum dalam Kasus Fidelis yang ditunjukkan kepada Pengadilan Negeri Sanggau pada 2017 serta pada 2020 bersama-sama dengan lembaga IJRS, LBH Masyarakat dan LeIP dalam kasus Reyndhart Rossy N. Siahaan ke Pengadilan Negeri Kupang dengan judul “Ganja Untuk Kesehatan Bukan Kejahatan”;

- c. Menyelenggarakan berbagai pelatihan dalam rangka penguatan kapasitas para penyelenggara negara, baik legislatif, Pemerintah, maupun aparat penegak hukum, sehingga dalam kinerjanya senantiasa memastikan diterapkannya prinsip-prinsip perlindungan hak asasi manusia;
- d. Terus-menerus melakukan kampanye publik dalam rangka untuk meningkatkan kesadaran warga negara mengenai hak-hak konstitusionalnya yang dijamin oleh UUD 1945, termasuk di dalamnya adalah hak atas pelayanan kesehatan, hak atas informasi, dan hak atas keadilan. Bentuk-bentuk upaya kampanye publik yang dilakukan oleh Pemohon V dapat dilihat dari situs-situs resmi berikut: www.icjr.or.id, www.reformasikuhp.org; (Bukti P-12), (*Vide* Bukti P-10)

Pemohon VI

83. Bahwa Perkumpulan Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat atau LBH Masyarakat (Pemohon VI) adalah Badan Hukum berbentuk perkumpulan yang berdiri tertanggal 15 April 2008 dan didirikan berdasarkan akta nomor 1419 tertanggal 27 Oktober 2017 dan berdasarkan surat Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Nomor AHU-0015845.AH.01.07 Tahun 2017 tentang Pengesahan Pendirian Badan Hukum Perkumpulan Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat; (Bukti P-13)

84. Bahwa berdasarkan Pasal 29 ayat 1 Anggaran Dasar LBH Masyarakat Ketua Dewan Pengurus berhak dan sah bertindak untuk dan atas nama LBH Masyarakat di hadapan maupun di luar pengadilan; (Bukti P-13)
85. Bahwa berdasarkan Pasal 43 Anggaran Dasar LBH Masyarakat telah menetapkan Ori Rahman sebagai Ketua Dewan Pengurus LBH Masyarakat. Dengan demikian Ori Rahman berwenang mewakili Pemohon VI dalam permohonan *a quo*;
86. Bahwa berdasarkan Pasal 6 dan Pasal 7 Anggaran Dasar LBHM visi dan misi LBHM adalah sebagai berikut:
- Visi:
- “Visi LBHM adalah terwujudnya sebuah tatanan masyarakat sipil yang sadar akan hak-haknya, berpartisipasi aktif dan memiliki solidaritas dalam melakukan pembelaan dan bantuan hukum, penegakan keadilan serta pemenuhan Hak Asasi Manusia di dalam suatu negara hukum yang demokratis, berkeadilan sosial dan menghormati hak-hak asasi manusia”.
- Misi:
- “Misi LBHM adalah memberdayakan dan mengembangkan seluruh potensi masyarakat untuk secara mandiri dapat melakukan gerakan bantuan hukum dari dan untuk masyarakat serta mendorong penegakan hukum, pemenuhan dan penghormatan Hak Asasi Manusia ditengah-tengah kehidupan masyarakat”.
87. Bahwa Untuk mencapai mewujudkan visi misi tersebut berdasarkan Pasal 9 AD/ART Pemohon VI yang mengatakan bahwa Perkumpulan melakukan kegiatan-kegiatan: Advokasi, Pendidikan dan penyuluhan hukum, Pemberian bantuan hukum secara cuma-cuma, penelitian dan riset, kampanye dan kegiatan-kegiatan lain yang sesuai dengan tujuan organisasi yang kesemuanya dapat dilihat dalam website: www.lbh masyarakat.org;
88. Bahwa Pemohon VI memiliki kepentingan konstitusional dalam permohonan *a quo* untuk mewujudkan tujuan pendirian organisasi tersebut terutama terkait salah satu fokus kerja Pemohon VI yakni reformasi kebijakan narkoba agar lebih berkeadilan dan menjunjung tinggi hak asasi manusia setiap orang terutama orang yang menggunakan narkoba untuk kepentingan pengobatan terhadap dirinya;
89. Bahwa persoalan yang menjadi obyek dalam Permohonan Pengujian Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkoba bukan hanya menjadi kepentingan Pemohon VI semata karena isu kesehatan sudah pasti menyangkut kebutuhan mendasar setiap warga negara Indonesia. Bahkan

dalam salah satu pertimbangan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut dengan “UU Kesehatan”) ditekankan betapa pentingnya aspek kesehatan ini untuk diperhatikan bagi Pemerintah karena setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara. Oleh karena itu, permohonan pengujian undang-undang *a quo* merupakan wujud kepedulian dan upaya Pemohon VI dalam proses pembangunan nasional dengan cara memastikan agar jaminan atas hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bagi setiap warga negara Indonesia dapat terpenuhi dan terlindungi;

90. Bahwa keberadaan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika secara nyata telah menghalangi pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan bagi setiap warga negara Indonesia. Oleh karena itu, situasi tersebut secara faktual atau setidaknya potensial akan menggagalkan setiap usaha dan kegiatan yang dilakukan oleh Pemohon VI untuk mendorong pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan maupun hak untuk memperoleh manfaat berupa pelayanan kesehatan yang dihasilkan dari proses pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
91. Bahwa keberadaan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika telah sangat menghambat dan mengganggu aktivitas Pemohon VI yang selama ini fokus dalam masalah jaminan terhadap pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan dan pemenuhan hak untuk memperoleh manfaat berupa pelayanan kesehatan yang dihasilkan dari proses pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Sehingga hal ini telah merugikan hak-hak konstitusional Pemohon VI untuk berperan aktif secara kelembagaan dalam memastikan pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan sebagai wujud dari pelaksanaan hak untuk berpartisipasi dalam pembangunan masyarakat, bangsa, dan negara yang merupakan mandat dari Pasal 28C ayat (2) UUD 1945;
92. Bahwa berdasarkan uraian di atas, Pemohon VI secara jelas telah memenuhi kualitas maupun kapasitas sebagai pemohon pengujian undang-undang terhadap UUD 1945 sebagaimana diatur dalam Pasal 51 ayat (1) huruf c UU MK, Peraturan MK, dan sejumlah putusan-putusan MK yang memberikan penjelasan

mengenai syarat-syarat untuk menjadi pemohon pengujian undang-undang terhadap UUD 1945;

93. Bahwa dengan demikian, telah jelas pula secara keseluruhan Para Pemohon memiliki hak dan kepentingan hukum untuk mewakili kepentingan publik dalam mengajukan Permohonan Pengujian Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika terhadap UUD 1945;

C. Alasan Permohonan/Pokok-Pokok Permohonan

Ruang Lingkup Pasal yang Diuji

Ketentuan	Rumusan
Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU Narkotika	Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan "Narkotika Golongan I" adalah Narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan.
Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika	Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan.

Dasar Konstitusional yang Digunakan

Ketentuan	Rumusan
Pasal 28C ayat (1) UUD 1945	Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.
Pasal 28H ayat (1) UUD 1945	Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Alasan-Alasan Permohonan

94. Bahwa meskipun UU Narkotika telah dengan jelas menyatakan bahwa Narkotika memiliki fungsi untuk pelayanan kesehatan, namun ternyata hal tersebut dibatasi dengan adanya ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat

- (1) UU Narkotika yang melarang penggunaan sepenuhnya narkotika termasuk Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan;
95. Bahwa pelarangan penggunaan Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan, juga telah mengakibatkan tidak dapat dilakukannya penelitian terkait narkotika-narkotika dalam Golongan I untuk tujuan pelayanan kesehatan tersebut sehingga mengakibatkan masyarakat Indonesia juga tidak dapat menikmati hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sebagaimana diatur dalam konstitusi negara dan yang juga telah berkembang di berbagai negara di dunia;
96. Bahwa meskipun narkotika golongan I merupakan narkotika yang dianggap memiliki tingkat ketergantungan sangat tinggi dan berbahaya, namun begitu, selama terdapat manfaat untuk pelayanan Kesehatan, maka negara harusnya mengatur, bukan melarang atau membatasi, bahwa dengan melarang dan membatasi, maka upaya untuk melakukan penelitian dan mengetahui apakah dalam narkotika golongan I terdapat kandungan yang dapat dimanfaatkan untuk kesejahteraan dan pemenuhan hak warga negara menjadi tidak dapat dilakukan;
97. Bahwa permohonan ini dimaksudkan agar nantinya negara dapat melakukan pemanfaatan, penelitian dan pengaturan terhadap Narkotika Golongan I untuk pelayanan Kesehatan, sebagaimana juga telah dilakukan dan diakui di berbagai negara di dunia;
98. Bahwa tujuan utama dari permohonan ini adalah untuk mendorong jaminan atas pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan secara maksimal oleh seluruh masyarakat Indonesia khususnya yang berdasarkan pada temuan-temuan dari hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
99. Bahwa Permohonan para Pemohon untuk Uji Konstitusionalitas Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika dilandasi dengan alasan-alasan sebagai berikut:

D. 1. Ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika Telah Mengakibatkan Hilangnya Hak Para Pemohon untuk Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sebagaimana Diatur Dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945

100. Bahwa hak atas pelayanan kesehatan diatur secara eksplisit dalam UUD 1945 khususnya pada Pasal 28H ayat (1) yang menyatakan bahwa “Setiap orang

berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”;

101. Bahwa hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan telah terejawantahkan dalam berbagai undang-undang di Indonesia;
102. Bahwa melalui Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya) (selanjutnya disebut “Kovenan Hak Ekosob”); Indonesia menyepakati adanya jaminan hak atas pelayanan kesehatan; (Bukti P-14)
103. Bahwa salah satu bentuk hak dalam bidang ekonomi, sosial, dan budaya yang dijamin dalam Kovenan Ekosob adalah adanya hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental sebagaimana tertuang dalam Pasal 12 ayat (1) Kovenan Ekosob;
104. Bahwa butir 17 *General Comment* Nomor 14 Kovenan Ekosob memberikan penjelasan lebih lanjut terkait upaya-upaya untuk menciptakan kondisi yang menjamin pelayanan dan perhatian medis dalam hal sakitnya seseorang yang merupakan perwujudan hak atas kesehatan tersebut secara sepenuhnya, yaitu segala bentuk upaya untuk menyediakan: (a) akses yang setara dan tepat waktu untuk pelayanan kesehatan preventif, kuratif, rehabilitatif dan pendidikan kesehatan dasar, (b) program pemeriksaan kesehatan yang rutin, (c) perawatan yang tepat untuk segala penyakit, cedera, dan kecacatan (yang mana lebih baik tersedia pada tingkat masyarakat), (d) obat-obatan esensial, dan (e) perawatan dan perhatian terhadap kesehatan mental yang tepat; (Bukti P-15)
105. Bahwa hak atas pelayanan kesehatan sebagaimana tertuang dalam UUD 1945 dan Kovenan Ekosob yang telah diratifikasi melalui UU Nomor 11 Tahun 2005 tersebut juga diatur lebih lanjut dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU Kesehatan); (Bukti P-16)
106. Bahwa Pasal 4 UU Kesehatan menyatakan bahwa “Setiap orang berhak atas kesehatan” yang dalam penjelasannya disebutkan bahwa “Hak atas kesehatan yang dimaksud dalam pasal ini adalah hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.”;

107. Bahwa UU Kesehatan juga telah mengatur mengenai cakupan dan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan yang terbagi dalam lima jenis, yaitu pelayanan kesehatan promotif, pelayanan kesehatan preventif, pelayanan kesehatan kuratif, pelayanan kesehatan rehabilitatif, dan pelayanan kesehatan tradisional. Adapun definisi dari masing-masing jenis pelayanan kesehatan tersebut adalah sebagai berikut;
108. Bahwa Pasal 1 angka 12 UU Kesehatan memberikan definisi mengenai pelayanan kesehatan promotif, yakni “suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan”;
109. Bahwa Pasal 1 angka 13 UU Kesehatan memberikan definisi mengenai pelayanan kesehatan preventif, yakni “suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit”;
110. Bahwa Pasal 1 angka 14 UU Kesehatan memberikan definisi mengenai pelayanan kesehatan kuratif, yakni “suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin”;
111. Bahwa Pasal 1 angka 15 UU Kesehatan memberikan definisi mengenai pelayanan kesehatan rehabilitatif, yakni “kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya”;
112. Bahwa Pasal 1 angka 16 UU Kesehatan memberikan definisi mengenai pelayanan kesehatan tradisional, yakni “pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat”;
113. Bahwa hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga sudah diadopsi dalam UU Narkotika, Pasal 4 huruf a UU Narkotika menyebutkan bahwa Undang-Undang tentang Narkotika bertujuan: (a) menjamin ketersediaan Narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; (Bukti P-1)

114. Bahwa selanjutnya dalam Pasal 7 UU Narkotika disebutkan bahwa Narkotika hanya dapat digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 4 huruf a *jo.* Pasal 7 UU Narkotika, jelas disebutkan bahwa Narkotika dapat digunakan dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari hak atas pelayanan kesehatan yang dijamin dalam Konstitusi;
115. Bahwa ternyata, penggunaan Narkotika sebagai bagian dari hak atas pelayanan kesehatan telah dibatasi berdasarkan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika yang menyebutkan bahwa Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan;
116. Bahwa implikasi dari pelarangan Narkotika Golongan I sebagaimana dirumuskan dalam norma Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika tersebut menjadikan pemanfaatan segala jenis Narkotika Golongan I untuk pengobatan/pelayanan kesehatan tidak dapat dilakukan di Indonesia. Faktanya, di banyak negara berdasarkan penelitian yang ada, pengobatan termasuk terapi terhadap penyakit tertentu yang menggunakan Narkotika Golongan I telah ada dan digunakan. Berdasarkan hal tersebut, pelarangan Narkotika Golongan I secara nyata telah menghilangkan pemanfaatan Narkotika Golongan I untuk kepentingan pelayanan kesehatan, sebagaimana Para Pemohon uraikan di atas;

Pelarangan Narkotika Golongan I Menegasikan Pemanfaatan Narkotika Golongan I untuk Kepentingan Pelayanan Kesehatan Sebagaimana Dijamin dalam Pasal 28H Ayat (1) UUD 1945

117. Bahwa dalam perkembangan ilmu pengetahuan, jenis-jenis Narkotika Golongan I di Indonesia sebagaimana disebutkan di atas ternyata dapat digunakan untuk pengobatan berdasarkan hasil penelitian dengan pengujian secara klinis dan telah diterapkan dan diakui untuk kepentingan kesehatan di berbagai negara. Adapun jenis-jenis Narkotika Golongan I tersebut antara lain ganja, *Diacetilmorfina*, dan opium; (Bukti P-17, Bukti P-18, Bukti P-19, Bukti P-20)
118. Bahwa untuk memberikan latar belakang, *Cannabis* atau ganja beserta turunan atau kandungan zat di dalamnya pada awal pembentukan Single Convention on Narcotics Drugs 1961 (selanjutnya disebut “Konvensi Tunggal Narkotika 1961”) masuk dalam *Schedule I* dan *Schedule IV*. *Schedule I* diartikan sebagai golongan narkotika yang memiliki kontrol paling ketat. Sedangkan *Schedule IV*

terdiri dari narkotika *Schedule I* yang juga merupakan subjek kontrol paling ketat, namun diperkenankan memiliki fungsi terbatas untuk kepentingan medis dan terapi;

119. Secara jelas, Konvensi Tunggal Narkotika 1961 tidak pernah mengamanatkan pelarangan golongan tertentu narkotika untuk digunakan untuk kepentingan kesehatan dan ilmu pengetahuan, malah kontrol ketat diartikan penyediaan narkotika hanya diperkenankan untuk kepentingan medis dan ilmu pengetahuan (penjelasan lebih lanjut mengenai hal ini ada di paragraf nomor 122 s/d 127);
120. Kemudian seiring berjalannya waktu dan perkembangan teknologi tepatnya mulai era 1990an, banyak penelitian mulai membuktikan adanya manfaat dari kandungan ekstrak dan larutan yang dihasilkan dari pengolahan tanaman ganja secara kimiawi, khususnya zat *Cannabidiol* (CBD) dan *Delta-9-tetrahydrocannabinol* (THC/Dronabinol), untuk pengobatan melalui terapi-terapi *cannabinoid*;
121. Bahwa penggunaan *cannabinoids* saat terapi kanker terbukti melalui penelitian klinis berjudul "*A Combined Preclinical Therapy of Cannabinoids and Temozolomide against Glioma*" mampu secara efektif menurunkan pertumbuhan sel-sel tumor tanpa efek samping khususnya pada kondisi glioblastoma multiforme (GBM) yang diketahui sangat resisten terhadap berbagai perawatan anti kanker; (*Vide* Bukti P-19)
122. Bahwa melalui uji klinis terbaru yang dilaporkan dalam jurnal ilmiah internasional tahun 2019 yang berjudul "*Epidiolex (Cannabidiol): A New Hope for Patients with Dravet or Lennox-Gastaut Syndromes*", dapat diperoleh kesimpulan bahwa satu produk *Cannabidiol* (CBD) murni telah menunjukkan keampuhannya untuk mengobati beberapa bentuk epilepsi, seperti sindrom Lennox-Gastaut dan sindrom Dravet yang masih sering resisten terhadap bentuk pengobatan lain; (*Vide* Bukti P-20)
123. Bahwa *World Health Organization* (WHO) telah mengakui beberapa manfaat zat-zat kandungan dari *Cannabis* yang cukup ampuh untuk pengobatan. Dalam website resminya, WHO menuliskan bahwa beberapa hasil penelitian mampu menunjukkan efek terapi *cannabinoid* untuk mual dan muntah terhadap pasien yang menderita penyakit pada fase tingkat lanjut seperti kanker dan AIDS. Penggunaan terapeutik lain dari *cannabinoid* sedang dikembangkan melalui penelitian-penelitian terkontrol (*controlled studies*), termasuk untuk pengobatan

asma dan glaukoma, anti-depresan, hingga perangsang nafsu makan; (Bukti P-21)

124. Bahwa untuk menindaklanjuti temuan-temuan dari hasil penelitian tersebut, WHO kemudian mulai fokus untuk mengadakan pengujian secara intensif terhadap *Cannabis* dan zat-zat yang turunannya dengan mengumpulkan para ahli yang tergabung dalam panel ahli internasional. WHO kemudian mengeluarkan laporan hasil pengujian tersebut yang sebelumnya telah didiskusikan secara mendalam dalam forum *WHO Expert Committee on Drug Dependence* ke-40 yang diselenggarakan di Jenewa pada 4-7 Juni 2018. Dalam laporan tersebut disimpulkan bahwa beberapa jenis turunan tanaman ganja terbukti bermanfaat untuk pengobatan dan memiliki resiko yang cukup rendah untuk menimbulkan ketergantungan dan disalahgunakan sehingga Tim Ahli WHO berdasarkan hasil pengujian tersebut merekomendasikan untuk mengubah status penggolongan (*scheduling*) ganja dan turunannya dan bahkan untuk turunan senyawa ganja tertentu tidak perlu diatur dalam penggolongan Konvensi Tunggal Narkotika 1961; (Bukti P-22)
125. Bahwa sebagai langkah tindak lanjut, Direktur Jenderal WHO mengirimkan surat kepada Sekretaris Jenderal PBB tanggal 24 Januari 2019 untuk merekomendasikan perubahan penggolongan (*scheduling*) beberapa turunan *Cannabis* dalam Konvensi Tunggal Narkotika 1961 berdasarkan hasil pengujian secara klinis tersebut. Namun upaya perubahan penggolongan ini masih perlu disetujui oleh mayoritas negara-negara anggota yang tergabung dalam Komisi PBB untuk Narkotika yaitu CND (*the UN Commission on Narcotic Drugs*) melalui mekanisme *voting* (pemungutan suara); (Bukti P-23)
126. Bahwa terdapat 8 rekomendasi WHO yang akan diajukan dalam pemungutan suara terkait perubahan penggolongan ganja dan turunannya dalam Konvensi Tunggal Narkotika 1961 yakni termasuk rekomendasi untuk menghapuskan cannabis dan cannabis resin dari *Schedule IV* yang merupakan penggolongan untuk jenis narkotika yang paling berbahaya dengan manfaat kesehatan yang terbatas. Lalu juga ada rekomendasi untuk memasukkan beberapa bentuk *preparations* dari turunan tanaman ganja ke dalam kategori *Schedule III* sehingga berbagai tindakan pengendalian/kontrol tidak perlu dilakukan dan akses untuk pengobatan dapat diberikan kepada pasien. Kemudian WHO juga merekomendasikan agar turunan dari zat-zat hasil pengolahan tanaman ganja

secara kimiawi yang berupa senyawa *Cannabidiol* (CBD) murni dan senyawa yang mengandung tidak lebih dari 0,2% dari *Delta-9-tetrahydrocannabinol* (THC/*Dronabinol*) untuk tidak dimasukkan dalam penggolongan (*scheduling*) pengendalian obat internasional dalam Konvensi Tunggal Narkotika 1961. Sebagai konsekuensinya, kedua senyawa tersebut dapat digunakan untuk kepentingan pengobatan selayaknya obat-obatan pada umumnya yang tidak perlu diawasi secara ketat sebagaimana terhadap zat-zat lain yang berada dalam daftar penggolongan narkotika pada Konvensi Tunggal Narkotika 1961; (Bukti P-38)

127. Bahwa pada 2 Desember 2020, CND akhirnya menyelenggarakan pemungutan suara terhadap kedelapan rekomendasi WHO tersebut. Salah satu rekomendasi yang disetujui oleh mayoritas negara anggota yaitu dihapuskannya cannabis dan cannabis resin (ganja dan getahnya) dari *Schedule IV* Konvensi Tunggal Narkotika 1961. Dengan dikeluarkannya ganja dan getahnya dari *Schedule IV*, kedudukan ganja dalam kebijakan narkotika internasional tidak lagi dipersamakan dengan heroin atau opioid yang memiliki tingkat bahaya tertinggi hingga menyebabkan kematian sebagaimana juga telah dijabarkan dalam uraian rekomendasi WHO; (Bukti P-39, *Vide* Bukti P-38)
128. Bahwa saat ini tanaman ganja maupun turunan zat-zatnya seperti *Cannabidiol* (CBD) atau *Delta-9-tetrahydrocannabinol* (THC/*Dronabinol*) telah digunakan secara sah dan diakui secara hukum sebagai bagian dari pelayanan kesehatan setidaknya di 40 negara berikut:

Argentina	Jerman	Belanda	Inggris
Australia	Yunani	Norwegia	Bulgaria
Kanada	Israel	Peru	Slovenia
Chili	Italia	Polandia	Belgia
Amerika Serikat	Jamaika	Romania	Prancis
Kroasia	Lesotho	Kolombia	Portugal
Siprus	Luksemburg	Swiss	Spanyol
Republik Ceko	Makedonia	Turki	Selandia Baru

Denmark	Malta	Uruguay	Porto Riko
Finlandia	Thailand	Zimbabwe	Kepulauan Virgin

Sumber: Website Hempika (Bukti P-24)

129. Tidak hanya pada ganja, bukti lain kemudian ditemukan pada opium yang mana merupakan getah kering dari tanaman *Papaver Somniferum L.* Opium yang juga merupakan narkotika Golongan I diketahui memiliki manfaat untuk pengobatan sejak jaman kuno sebagaimana terekam dalam jejak sejarah yakni dalam ensiklopedia kedokteran berjudul "*The Canon of Medicine*" (bahasa asli: *al-Qānūn fī aṭ-Ṭibb*) yang ditulis pada tahun 1025 oleh Ibnu Sina, seorang dokter dan filsuf asal Persia. Ensiklopedia tersebut menjadi salah satu rujukan yang paling penting dalam pengembangan ilmu kedokteran. Dalam ensiklopedia tersebut dijelaskan bagaimana opium dapat digunakan untuk menyembuhkan berbagai macam penyakit seperti diare akut, batuk kronis, hingga pereda nyeri ringan hingga akut. Metode pengobatan dan pengamatan yang dilakukan oleh Ibnu Sina terkait opium tersebut telah dikonfirmasi baik dengan penelitian hingga praktik-praktik pengobatan modern; (Bukti P-25)
130. Bahwa sebagaimana dikutip dalam *United States Dispensatory* Edisi 24 yang disusun oleh Osol-Farrar pada 1947, penggunaan yang paling penting secara medis untuk opium, sebagai pengganti alkaloid murni, adalah untuk memberikan efek pada saluran pencernaan. Zat utamanya mengandalkan kandungan morfin karena efek anti-spasmodik dari *alkaloid benzyloquinoline* relatif kecil. Hal ini dapat menunda waktu pengosongan lambung dan mengubah peristaltik di usus kecil dan besar dengan menghasilkan kejang otot. Dengan cara ini, opium sangat bermanfaat dalam pengobatan diare dengan banyak etiologi, terutama pada disentri parah. Karena kekuatannya melebarkan pembuluh kulit, opium cenderung meningkatkan keringat dan oleh karena itu bermanfaat untuk mengobati infeksi ringan, seperti pilek, *grippe*, rematik otot, dan sejenisnya. Selain itu, opium juga banyak digunakan untuk pengobatan yang berfungsi sebagai *analgesics* (contoh: Demerol, Codeine, Morphine, Oxycodone, Hydrocodone) untuk pereda nyeri yang paling ampuh mulai dari sakit kepala hingga nyeri akibat penderita kanker; (*Vide* Bukti P-25), (Bukti P-26)
131. Bahwa selain turunan zat-zat dari kandungan Narkotika Golongan I dalam bentuk tanaman seperti ganja dan opium di atas, terdapat pula jenis lain dari

Narkotika Golongan I yaitu Heroin (*diacetylmorfina*). Heroin juga dinyatakan memiliki manfaat untuk pengobatan setelah dibuktikan melalui banyak penelitian. Oleh karena itu, sebuah penelitian kemudian diluncurkan pada 2015 oleh *the British Journal of Psychiatry* untuk meninjau 6 buah penelitian mengenai pemberian heroin suntik dengan pengawasan (*supervised injected heroin*) kepada pasien yang sedang menjalani perawatan akibat penyalahgunaan heroin; (*Vide* Bukti P-18)

132. Bahwa dalam kesimpulannya, penelitian yang berjudul “*Heroin on Trial: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Trials of Diamorphine-Prescribing as Treatment for Refractory Heroin Addiction*” tersebut menyatakan bahwa pengobatan dengan menggunakan heroin tersebut ternyata efektif untuk mengobati pasien yang awalnya berstatus *untreatable* (tidak dapat disembuhkan). Oleh karenanya, penggunaan metode pengobatan tersebut hanya dilakukan setelah metode pengobatan lain yang utama yaitu pemberian metadone tidak berpengaruh terhadap perkembangan kondisi kesehatan pasien. Keenam penelitian tersebut berasal dari Belanda, Inggris, Spanyol, Kanada, Swiss, dan Jerman; (*Vide* Bukti P-18)
133. Bahwa kemudian pengembangan penelitian lebih lanjut untuk meningkatkan kualitas metode pengobatan dengan menggunakan heroin tersebut juga mulai banyak dilakukan salah satunya yang mengkombinasikannya dengan metode-metode terapi lainnya. Bahkan pengembangan sistem algoritma klinis (*clinical algorithm*) yang dapat memberikan penilaian mengenai *treatment* yang paling cocok terhadap kondisi per individu pasien juga telah diterapkan demi mengutamakan kepentingan individu pasien yang bersangkutan maupun kepentingan masyarakat secara luas; (*Vide* Bukti P-18)
134. Bahwa berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat diketahui bahwa Narkotika Golongan I yang berupa *diacetylmorfina* selama ini telah terbukti secara klinis berpengaruh pada pemulihan kesehatan pasien yang berada dalam status yang sulit disembuhkan sehingga kualitas kesehatan pasien tersebut masih dapat terjaga seoptimal mungkin;
135. Bahwa berdasarkan pemaparan di atas dapat dikatakan bahwa Narkotika Golongan I terbukti memiliki manfaat yang dapat digunakan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan yang merupakan hak konstitusional dari Para Pemohon;

136. Bahwa ternyata hak konstitusional tersebut telah dibatasi dengan adanya pengaturan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika yang melarang sepenuhnya penggunaan Narkotika Golongan I untuk kepentingan kesehatan. Padahal, kembali merujuk pemaparan di atas, Narkotika Golongan I memiliki manfaat dalam pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945;
137. Bahwa dengan demikian, bahan obat-obatan yang mengandung Narkotika Golongan I tidak dapat digunakan dalam seluruh kegiatan yang merujuk pada jenis-jenis pelayanan kesehatan sebagaimana disebutkan di atas, termasuk di dalamnya yaitu pelayanan kesehatan promotif, pelayanan kesehatan preventif, pelayanan kesehatan kuratif, pelayanan kesehatan rehabilitatif, dan pelayanan kesehatan tradisional. Padahal narkotika pun diatur untuk memenuhi pelayanan kesehatan;
138. Bahwa ketika negara dapat menjamin akses yang sah terhadap zat-zat dari kandungan Narkotika Golongan I yang terbukti berkhasiat untuk pengobatan, maka negara juga dapat membuat kebijakan terkait pedoman penggunaannya baik untuk kepentingan kesehatan maupun kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan yang aman dan sah, sehingga dapat menurunkan risiko bahaya penyalahgunaannya. Akan tetapi, Indonesia dalam hal ini tidak dapat menerapkan kebijakan tersebut karena Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika melarang penggunaan zat-zat tersebut untuk kepentingan kesehatan. Padahal, di samping melakukan misi pencegahan terhadap penyalahgunaan obat-obatan, negara juga harus tetap memperhatikan kepentingan pelayanan kesehatan bagi masyarakat secara luas yang di satu sisi juga berhak untuk mendapatkan pengobatan yang bertujuan antara lain untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, dan pengendalian penyakit;
139. Mengenai mencegah atau menanggulangi penyalahgunaan, pada dasarnya negara dapat menerapkan sistem pengaturan seperti pada obat-obatan lainnya yang diatur oleh negara, bukan malah langsung menutup kemungkinan penggunaan salah satu golongan narkotika untuk kepentingan kesehatan;
140. Bahwa berdasarkan argumen-argumen di atas, maka ketentuan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika yang melarang penggunaan Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan secara langsung telah menyebabkan Para Pemohon kehilangan akses untuk memperoleh pelayanan kesehatan dengan

memanfaatkan kandungan zat-zat yang terdapat dalam Narkotika Golongan I. Masyarakat Indonesia tidak diberikan kesempatan untuk memperbaiki kondisi kesehatannya dengan mengkonsumsi obat-obatan yang mengandung Narkotika Golongan I seperti *Diacetilmorfina* (heroin) maupun *Cannabidiol* (CBD) dan *Delta-9-tetrahydrocannabinol* (*Dronabinol*) yang diperoleh dari proses pengolahan tanaman ganja atau *cannabis* hingga opium yang diperoleh dari tanaman *Papaver Somniferum L*, yang mana telah terbukti secara klinis bermanfaat untuk mengobati penyakit-penyakit tertentu sebagaimana disebutkan di atas dan telah diadopsi di berbagai negara di dunia;

141. Bahwa dengan demikian dapat disimpulkan bahwa penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika telah secara nyata bertentangan dengan Pasal 28H ayat (1) yang menjamin hak para Pemohon untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;

D.2 Ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika Telah Mengakibatkan Hilangnya Hak Para Pemohon untuk Mendapatkan Manfaat dari Pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi yang Berupa Manfaat Kesehatan dari Narkotika Golongan I sebagaimana Diatur dalam Pasal 28C ayat (1) UUD 1945

142. Bahwa hak para Pemohon untuk mendapatkan manfaat dari pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi telah diatur dalam pasal 28C ayat (1) UUD 1945, yang berbunyi “*Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.*”;
143. Bahwa sebelumnya Indonesia berdasarkan UU No. 8 Tahun 1976 (selanjutnya disebut sebagai UU 8/1976) telah melakukan pengesahan Konvensi Tunggal Narkotika 1961 beserta protokol yang mengubahnya menjadi hukum positif di Indonesia; (Bukti P-27)
144. Seperti yang dijelaskan sebelumnya, narkotika yang dijelaskan diatas, yaitu ganja, *diacetylmorphine* atau heroin masuk ke dalam *Schedule I* dan *Schedule IV* Konvensi Tunggal Narkotika 1961;
145. Schedule I diartikan sebagai golongan narkotika yang merupakan subjek kontrol paling ketat namun memiliki manfaat medis. Sedangkan Schedule IV terdiri dari

narkotika Schedule I yang juga merupakan subjek kontrol paling ketat, namun memiliki fungsi terbatas untuk kepentingan medis dan terapi;

146. Berdasarkan Pasal 2 angka 1 *jo.* Pasal 4c Konvensi Tunggal Narkotika 1961, bahwa narkotika yang masuk dalam Schedule I dapat diatur secara ketat dan merupakan subjek dari semua kontrol, dan hanya diperbolehkan penggunaannya “*to medical and scientific purposes the production, manufacture, export, import, distribution of, trade in, use and possession of drugs*” (Terjemahan bebas: *untuk tujuan medis dan ilmiah, produksi, manufaktur, ekspor, impor, distribusi, perdagangan, penggunaan, dan kepemilikan narkotika*). Dalam pengertian ini, maka menurut Konvensi Tunggal Narkotika 1961, walaupun *Schedule I* sebagai subjek kontrol paling ketat, akan tetapi hal tersebut dapat dikecualikan untuk produksi, manufaktur, ekspor, impor, distribusi, perdagangan dan penggunaan berdasarkan tujuan medis dan ilmiah;
147. Bahwa Pasal 2 ayat (5) poin b Konvensi Tunggal Narkotika 1961 menyatakan bahwa

“A Party shall, if in its opinion the prevailing conditions in its country render it the most appropriate means of protecting the public health and welfare, prohibit the production, manufacture, export and import of, trade in, possession or use of any such drug except for amounts which may be necessary for medical and scientific research only, including clinical trials therewith to be conducted under or subject to the direct supervision and control of the Party.”; (*vide* bukti P-27)

Terjemahan bebas:

Negara Pihak harus, jika menurut pendapatnya kondisi yang berlaku di negaranya menjadikan cara yang paling tepat untuk melindungi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, melarang produksi, manufaktur, ekspor dan impor, perdagangan, kepemilikan atau penggunaan narkotika tersebut, kecuali untuk jumlah yang mungkin diperlukan untuk penelitian medis dan ilmiah saja, termasuk uji klinis yang akan dilakukan di bawah atau tunduk pada pengawasan dan kendali langsung dari Pihak.

148. Bahwa telah jelas Konvensi Tunggal Narkotika 1961 tidak pernah melarang secara keseluruhan penggunaan Narkotika Golongan I, pemanfaatannya hanya untuk alasan medis/pelayanan kesehatan dan ilmu pengetahuan;
149. Bahwa sejalan dengan Konvensi Tunggal Narkotika 1961, UU Narkotika telah menyebutkan pentingnya pemanfaatan narkotika dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Pertama, dalam bagian pertimbangan UU Narkotika yaitu huruf c disebutkan bahwa Narkotika di satu sisi merupakan obat atau bahan yang bermanfaat di bidang pengobatan atau pelayanan kesehatan dan

pengembangan ilmu pengetahuan. Kedua, Pasal 4 huruf a UU Narkotika menyebutkan bahwa, “Undang-Undang tentang Narkotika bertujuan: (a) menjamin ketersediaan Narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi”; (*Vide* Bukti P-1)

150. Bahwa kemudian Pasal 8 ayat (2) UU Narkotika juga memberikan peluang dilakukannya penelitian terhadap Narkotika Golongan I dengan ketentuan sebagai berikut: “Dalam jumlah terbatas, Narkotika Golongan I dapat digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan untuk reagensia diagnostik, serta reagensia laboratorium setelah mendapatkan persetujuan Menteri atas rekomendasi Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan”;
151. Bahwa meskipun penelitian terhadap Narkotika Golongan I dapat dilakukan sebagaimana diatur dalam Pasal 8 ayat (2) UU Narkotika, namun ketentuan Pasal 8 ayat (1) dan penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU Narkotika melarang atau setidaknya menghambat Para Pemohon mendapatkan manfaat hasil penelitian untuk kepentingan pelayanan kesehatan;
152. Bahwa dengan merujuk uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa keberadaan Penjelasan pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) telah mengakibatkan hilangnya hak Para Pemohon untuk mendapatkan manfaat pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berupa hasil penelitian tentang manfaat kesehatan dari Narkotika Golongan I. Sehingga dengan demikian Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) yang melarang penggunaan Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan telah secara jelas bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) UUD 1945.

E. PETITUM

Berdasarkan alasan-alasan tersebut di atas, para Pemohon memohon kepada Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia agar berkenan memberikan putusan sebagai berikut:

1. Menerima dan mengabulkan seluruh permohonan pengujian undang-undang yang diajukan oleh para Pemohon untuk seluruhnya;
2. Menyatakan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika [Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun

2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062] bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan tidak memiliki kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dibaca “Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan “Narkotika Golongan I” adalah Narkotika yang dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan pelayanan kesehatan dan atau terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan.”;

3. Menyatakan Pasal 8 ayat (1) Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika [Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062] bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat;
4. Memerintahkan pemuatan putusan ini dalam Berita Negara Republik Indonesia sebagaimana mestinya;

Atau apabila Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi berpendapat lain, mohon putusan seadil-adilnya (*ex aequo et bono*).

[2.2] Menimbang bahwa untuk menguatkan dalilnya, para Pemohon telah mengajukan alat bukti surat/tulisan yang diberi tanda bukti P-1 sampai dengan bukti P-43, sebagai berikut:

1. Bukti P-1 : Fotokopi Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika;
2. Bukti P-2 : Fotokopi Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia Tahun 1945;
3. Bukti P-3 :
 - Fotokopi KTP Dwi Pertiwi (Pemohon I)
 - Fotokopi Kartu Keluarga Dwi Pertiwi
 - Foto-foto Musa IBN Hassan Pedersen alias Musa
4. Bukti P-4 :
 - Fotokopi KTP Santi Warastuti (Pemohon II)
 - Fotokopi Kartu Keluarga Sunarta
 - Foto-foto Pika Sasikirana alias Pika
5. Bukti P-5 : Fotokopi Surat Keterangan Pika Sasikirana Menjalani Perawatan Fisioterapi Cerebral Palsy

6. Bukti P-6 :
 - Fotokopi Pembayaran *home care* fisioterapi Pika senilai Rp 600.000, 00 (enam ratus ribu rupiah) untuk 6 (enam) kali pertemuan
 - Fotokopi Pembayaran biaya pembuatan sepatu AFO untuk Pika sebesar Rp 900.000, 00 (sembilan ratus ribu rupiah)
 - Fotokopi Pembayaran *backslap* kaki-tangan untuk Pika sebesar Rp 750.000, 00 (tujuh ratus lima puluh ribu rupiah)
 - Foto-foto
7. Bukti P-7 :
 - Fotokopi KTP Nafiah Muharyanti (Pemohon III)
 - Fotokopi Kartu Keluarga Bagus Chris Priambodo
8. Bukti P-8 :
 - Fotokopi Identitas Pemohon IV (KTP Aditia Taslim, KTP Ridwan Natakusuma)
 - Fotokopi Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor: AHU-0000087.AH.01.07.TAHUN 2015 tentang Pengesahan Pendirian Badan Hukum Perkumpulan Rumah Cemara
 - Fotokopi Salinan Akta Notaris Pendirian Lembaga Perkumpulan Rumah Cemara Nomor 01 Tanggal 8 Agustus 2017
9. Bukti P-9 : Website Rumah Cemara: www.rumahcemara.or.id
10. Bukti P-10 : Website Koalisi Reformasi KUHP: www.reformasikuhp.org
11. Bukti P-11 :
 - Fotokopi Identitas Pemohon V (KTP Wahyu Wagiman dan KTP Anggara, S.H.)
 - Fotokopi Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor: AHU-0000224.AH.01.08.TAHUN 2020 tentang Persetujuan Perubahan Badan Hukum Perkumpulan Masyarakat Pembaharuan Peradilan Pidana dalam Bahasa Inggris Institute for Criminal Justice Reform
 - Fotokopi Salinan Akta Notaris Pendirian Lembaga Perkumpulan Masyarakat Pembaharuan Peradilan Pidana dalam Bahasa Inggris Institute for Criminal Justice Reform Nomor 07 Tanggal 6 Februari 2020
12. Bukti P-12 : Fotokopi Website ICJR: www.icjr.or.id
13. Bukti P-13 :
 - Fotokopi Identitas Pemohon VI (KTP Ori Rahman)
 - Fotokopi Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor: AHU-0015845.AH.01.07.TAHUN 2017 tentang

- Pengesahan Pendirian Badan Hukum Perkumpulan Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat
- Fotokopi Salinan Akta Notaris Pendirian Lembaga Perkumpulan Lembaga Bantuan Hukum (LBH Masyarakat) Nomor 1419 Tanggal 27 Oktober 2017
14. Bukti P-14 : Fotokopi Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya – Kovenan Hak Ekosob)
 15. Bukti P-15 : Fotokopi *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)* (Komentar Umum Kovenan Ekosob No. 14: Hak atas Standar Kesehatan yang Paling Tinggi Dapat Dicapai (Pasal 12))
 16. Bukti P-16 : Fotokopi Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
 17. Bukti P-17 : Fotokopi Transform Drug Policy Foundation, 2017, *Heroin Assisted Treatment (HAT): Saving lives, improving health, reducing crime* (link akses: <https://transformdrugs.org/product/heroin-assisted-treatment-hat-saving-lives-improving-health-reducing-crime/>)
 18. Bukti P-18 : Fotokopi artikel John Strang, *et al.*, 2015, *Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction*, *The British Journal of Psychiatry* 207, hal. 5–14, doi: 10.1192/bjp.bp.114.149195
 19. Bukti P-19 : Fotokopi artikel Sofía Torres, *et. al.*, 2011, A Combined Preclinical Therapy of Cannabinoids and Temozolomide against Glioma, *Molecular Cancer Therapeutics*, 10(1), link akses: <https://doi.org/10.1158/1535-7163.MCT-10-0688>
 20. Bukti P-20 : Fotokopi artikel Jeffrey W. Chen, *et al.*, 2019, *Epidiolex (Cannabidiol): A New Hope for Patients with Dravet or Lennox-Gastaut Syndromes*, *Annals of Pharmacotherapy*, hal. 1-9, link akses: <https://doi.org/10.1177/1060028018822124>

21. Bukti P-21 : Fotokopi artikel dari Website WHO: *About Cannabis*, link akses:https://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/
22. Bukti P-22 : Fotokopi *Report Series* World Health Organization, 2018, *WHO Expert Committee on Drug Dependence: Fortieth report*, WHO Technical Report Series No. 1013, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, link akses: <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/ecdd/trs1009Committee-drug-dependence.pdf>
23. Bukti P-23 : Fotokopi Surat WHO kepada Sekretaris Jenderal PBB tertanggal 24 Januari 2019 perihal Usulan Perubahan *Scheduling Cannabis* pada *Single Convention on Narcotic Drugs* (1961)
24. Bukti P-24 : Fotokopi artikel dari Website Hempika: *Is CBD Oil Legal in My Country?*, link akses: <https://hempika.com/is-cbd-oil-legal-in-my-country/>
25. Bukti P-25 : Fotokopi artikel Mojtaba Heydari, *et al.*, 2013, *Medicinal aspects of opium as described in Avicenna's Canon of Medicine*, *Acta Medico-Historica Adriatica* 11(1), hal. 101-112, link akses: <https://www.researchgate.net/publication/251877190>
26. Bukti P-26 : Fotokopi Website UNODC: *Quasi-Medical Use of Opium*, link akses: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1953-01-01_3_page008.html
27. Bukti P-27 : Fotokopi Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1976 tentang Pengesahan Konvensi Tunggal Narkotika 1961 (*Single Convention on Narcotic Drugs* 1961) Beserta Protokol yang Mengubahnya
28. Bukti P-28 : Fotokopi artikel dari Website media daring *Stuff: Ministry approves cannabis treatment for 7-year-old girl*, diterbitkan pada 18 Oktober 2015, link akses: <https://www.stuff.co.nz/national/73121863/ministry-approves-cannabis-treatment-for-7-year-old-girl>

29. Bukti P-29 : Fotokopi artikel dari Website media daring *Huffpost: How Cannabis Has Given An Ontario Boy A 'New Lease On Life'*, diterbitkan pada 4 Juli 2016, link akses: https://www.huffingtonpost.ca/marc-davis/lennox-gastaut-syndrome_b_10738278.html#comments
30. Bukti P-30 : Fotokopi artikel dari Website media daring *the Washington Post: 'There is no other medicine': Texas father breaks law to treat self-harming autistic daughter with marijuana*, diterbitkan pada 28 Februari 2017, link akses <https://www.washingtonpost.com/news/morningmix/wp/2017/02/28/there-is-no-other-medicine-texas-father-breaks-law-to-treat-self-harming-autistic-daughter-with-marijuana/>
31. Bukti P-31 : Fotokopi artikel dari Website media daring *the Dallas Morning News: Texas expands access to medical marijuana*, diterbitkan pada 15 Juni 2019, link akses: <https://www.dallasnews.com/news/politics/2019/06/15/texas-expands-access-to-medical-marijuana/>
32. Bukti P-32 : Fotokopi artikel dari Website FDA: *FDA Approves First Drug Comprised of an Active Ingredient Derived from Marijuana to Treat Rare, Severe Forms of Epilepsy*, link akses: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-drug-comprised-active-ingredient-derived-marijuana-treat-rare-severe-forms>
33. Bukti P-33 : Fotokopi Jurnal Penelitian Stephanie Libzon, MScPT, *et. al.*, 2018, *Medical Cannabis for Pediatric Moderate to Severe Complex Motor Disorders*, Journal of Child Neurology 1-7, link akses: <https://doi.org/10.1177/0883073818773028>
34. Bukti P-34 : Fotokopi Michigan Medical Marihuana Act Initiated Law 1 of 2008
35. Bukti P-35 : Fotokopi artikel Anna Maria Malfitano, *et. al.*, 2008, *Cannabinoids in the management of spasticity associated with multiple sclerosis*, Neuropsychiatric Disease and Treatment 4(5), hal. 847-853, link akses: https://www.researchgate.net/publication/23965537_Cannabinoids_in_the_management_of_spasticity_associated_with_multiple_sclerosis
36. Bukti P-36 : Fotokopi Jurnal Zajicek JP, *et al.*, 2005, *Cannabinoids in multiple sclerosis (CAMS) study: safety and efficacy data for 12 months follow up*, Journal of Neurology, Neurosurgery &

- Psychiatry (76), hal. 1664-1669, link akses: <https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.070136>
37. Bukti P-37 : Fotokopi berita dari Website media daring *Kompas.com: Akhir Perjuangan Fidelis Merawat Sang Istri dengan Ganja (Bagian 1)*, diterbitkan pada 4 April 2017, link akses: <https://regional.kompas.com/read/2017/04/04/06210031/akhir.perjuangan.fidelis.merawat.sang.istri.dengan.ganja.bagian.1.?page=all>
38. Bukti P-38 : Fotokopi Jurnal The UN Economic and Social Council Letter Number E/CN.7/2020/14, 3 January 2020, Commission on Narcotic Drugs Sixty-third session, *Changes in the scope of control of substances proposed scheduling recommendations by the World Health Organization on cannabis and cannabis-related substances*
39. Bukti P-39 : Fotokopi berita Website UNODC: *CND Votes on Recommendations for Cannabis and Cannabis-Related Substances*, link akses: <https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2020/December/cnd-votes-on-recommendations-for-cannabis-and-cannabis-related-substances.html>
40. Bukti P-40 : Fotokopi artikel "A Multicriteria Decision Analysis Comparing Pharmacotherapy for Chronic Neuropathic Pain, Including Cannabinoids and Cannabis-Based Medical Products".
41. Bukti P-41 : Fotokopi artikel "Ending the pain of children with severe epilepsy? An audit of the impact of medical cannabis in 10 patients".
42. Bukti- 42 : Fotokopi artikel "Developing real-world evidence base for prescribed cannabis in the United Kingdom: Preliminary Finding from Project Twenty21".
43. Bukti- 43 : Fotokopi artikel "Current Controversies in Medical Cannabis: Recent Development in human clinical applications and potential therapeutics".

Selain itu para Pemohon juga mengajukan 6 (enam) orang Ahli, yaitu **Dr. Iur. Asmin Fransiska, S.H., LL.M., Prof. Dr. H. Musri Musman, M.Sc., Prof. David Nutt DM, FRCP, FRCPsych, FSB, FMedSci, Dlaws., Rev.Sung Seok Kang, Stephen Rolles, B.Sc., M.A** dan **Dr. Pakakrong Kwankhao, Ph. D** serta 1 (satu)

orang Saksi, yaitu **Petrus Ridanto Busono Raharjo**, yang masing-masing didengar keterangannya dalam persidangan pada tanggal 30 Agustus 2021, tanggal 14 September 2021, tanggal 12 Oktober 2021, dan tanggal 6 Januari 2022, yang pada pokoknya sebagai berikut:

Ahli para Pemohon:

1. Dr. Iur. Asmin Fransiska, S.H., LL.M.

I. Re-intrepretasi Pasal tentang Penggolongan Narkotika

Setiap negara peserta perjanjian internasional diharapkan membaca dan memahami perjanjian tersebut dengan konteks pembuatan perjanjian, tujuan perjanjian serta maksud perjanjian. Sama halnya dengan aksesi/ratifikasi yang dilakukan oleh Pemerintah Indonesia atas Konvensi Tunggal Narkotika 1961 (the “*Single Convention on Narcotic Drugs 1961*”), maka Pemerintah RI hendaknya melakukan intrepretasi atas Konvensi tunggal ini sesuai dengan konteks nasional terkini dan niat baik (*good faith*). Perjanjian ini tentu tidak serta merta muncul, melainkan hasil proses geopolitik dan lahir dari definisi dari “bahaya” bagi negara-negara yang mendesak lahirnya Konvensi ini. Perdebatan dimasukkannya zat tertentu ke dalam penggolongan yang digunakan secara budaya dan sosial di negara yang tidak berperan sebagai *drafter* Konvensi Narkotika, misalnya membuat terang bahwa ada ketimpangan dalam geopolitik pembuatan Konvensi yang memberikan makna dari konteks panjang tentang kolonialisasi dan imperialism. Hal ini mendorong tarik menarik kepentingan negara-negara yang saat itu “berkuasa” untuk melakukan negosiasi dan merancang Konvensu dengan negara-negara produsen yang kebanyakan merupakan negara-negara di wilayah Asia dan Amerika Latin.

Konteks ini amatlah penting dalam membaca kebaharuan hukum internasional dan perjanjian internasional tentang Narkotika bagi Indonesia, bukan hanya karena Indonesia adalah Negara Peserta Konvensi Tunggal Narkotika 1961, namun juga melihat secara holistik melihat perjanjian ini dalam kerangka perlindungan kesehatan dan hak konstitusi warga yang juga tertuang dalam perjanjian internasional lainnya seperti Konvensi Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial Budaya dan Konvensi Internasional tentang Hak Sipil dan Politik (Ekososbud) sebagai bagian yang tidak terpisahkan. Khusus mengenai Kovenan Ekososbud, Pasal 12 tentang hak atas kesehatan yang juga mengaju pada definisi kesehatan dari WHO memberikan garis hubungan dengan Konvensi Narkotika sehingga faktor

menimbang Konvensi Tunggal Narkotika yaitu menjamin ketersediaan narkotika untuk tujuan kesehatan dan ilmu pengetahuan bukanlah merupakan sekedar prasyarat sebuah Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), melainkan klausa ini merupakan hasil persetujuan utama lahirnya konvensi ini.

Masalah penggolongan tidak boleh juga terlepas dari maksud Konvensi Tunggal ini dibuat. Dalam Konvensi Tunggal Narkotika 1961 dan Konvensi Psikotropika 1971 mencakup jagkauan atas kesehatan. Dalam Mukadimah Konvensi disebutkan bahwa,

“The parties, Concerned with the health and welfare of mankind (1961)
Being concerned with the health and welfare of mankind (1971)”.

Selanjutnya Kedua Konvensi tersebut menyatakan bahwa:

“Recognizing that the medical use of narcotic drugs continues to be indispensable for the relief of pain and suffering and that adequate provision must be made to ensure the availability of narcotic drugs for such purposes’ (1961)”.

“Recognizing that the use of psychotropic substances for medical and scientific purposes is indispensable and that their availability for such purposes should not be unduly restricted (1971)”.

Inti dari ketiga poin ini menunjukkan bahwa, Konvensi Tunggal Narkotika 1961 dan Konvensi Psikotropika 1971 harus dimaknai dengan konteks kesehatan, ketersediaan obat-obatan dan juga tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan bukan pelarangan atas penggunaan secara legal yang dilakukan oleh negara-negara dan penghukuman bagi penggunaannya. Konteks lahirnya kedua Konvensi ini adalah kemampuan kontrol negara atas zat-zat yang masuk dalam list penggolongan serta pemanfaatan zat-zat tersebut guna tujuan layanan dan kegunaan kesehatan serta ilmu pengetahuan. Konvensi Tunggal Narkotika berfokus pada pelarangan atas peredaran narkotika tanpa ijin, bukan penggunaan kesehatan yang diberikan ijin (*licence*) oleh negara Peserta. Bahkan, melalui Protokol Konvensi Narkotika Tahun 1972, perdebatan penggunaan narkotika yang bukan untuk kepentingan kesehatan dan ilmu pengetahuan – misalnya budaya dan sosial masyarakat diperbolehkan sebagai bagian dari yang disebut *quasi-medical* atau tradisional (*traditional use*) (*E/3527, p.3*). Hal ini terlihat bagaimana Konvensi Narkotika berkembang sesuai dengan tujuan negara meratifikasi konvensi yaitu melakukan pengaturan (*regulate*) atas zat agar bisa dikontrol dan mencegah masuknya peredaran narkotika tanpa ijin.

Penggolongan atas zat-zat yang ada dibuat sejak 60 tahun lalu tentulah sangat dinamis, dan banyak negara telah melakukan penyesuaian atas perkembangan hukum domestiknya. Hal ini dikarenakan Konvensi ini bukan merupakan perjanjian yang memiliki sifat implementasi otomatis dan menjadi kodifikasi hukum narkoba (terlihat dengan lahirnya konvensi-konvensi lain yang berhubungan dengan zat kemudian disertai dengan Model pengaturannya), melainkan juga harus menghormati pandangan setiap anggota sesuai dengan perkembangan hukum dan sistem hukum negara anggota beserta dengan kebutuhan domestiknya atas narkoba dalam konteks kesehatan dan ilmu pengetahuan. Hal ini terlihat dengan penyesuaian penggolongan serta mekanisme kaputusan negara atas konvensi yang kian hari menunjukkan kedinamisan negara anggota dalam menyesuaikan kebutuhan kesehatan dan ilmu pengetahuan negara, seperti Portugal, Canada, Bolivia, Belanda, bahkan kini Malaysia dengan melakukan dekriminasi terhadap penggunaan zat golongan I dan Thailand atas penggunaan ganja bagi kesehatan. Di banyak negara lain, dilakukannya layanan kesehatan dengan menggunakan golongan I dalam berbagai program kesehatan bagi orang dengan gangguan zat.

2. Memaknai Hak Kesehatan dalam Konvensi Tunggal 1961 dan UU Narkoba Nomor 35 Tahun 2009.

Dalam memaknai konteks Konvensi Tunggal 1961, sayangnya Pemerintah Indonesia hanya melakukan interpretasi atas pelarangan penggunaan narkoba. Hal ini tertuang dalam berbagai Pasal di dalam UU Narkoba sebagai berikut:

Pasal 8:1:

“Narkoba Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan”.

Penggolongan diatur dalam Pasal 6:1 yang berbunyi:

Narkoba sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 digolongkan ke dalam:

1. Narkoba Golongan I;
2. Narkoba Golongan II; dan
3. Narkoba Golongan III.

Pasal 7 UU Narkoba menyatakan “Narkoba hanya dapat digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi” dalam konteks penegakan hukum dan bukan hak atas kesehatan. Akibat dari larangan penggunaan kepentingan pelayanan kesehatan, Indonesia telah

melakukan salah tafsir atas Konvensi Tunggal Narkotika 1961 yang tidak melakukan pelarangan, melainkan memastikan negara untuk mampu mengontrol narkotika dalam memastikan negara memiliki ketersediaan narkotika (*availability of narcotics drugs*) untuk kepentingan kesehatan dan ilmu pengetahuan (*medical and scientific purposes*) serta mencegah peredaran narkotika yang tidak memiliki ijin. Manakal terdapat individu yang perlu diintervensi kesehatannya karena memiliki gangguan karena penggunaan zat maka Pasal 36 dan Pasal 38 Konvensi Psikotropika 1971 memastikan bukan menghukum melainkan, melakukan intervensi kesehatan dan sosial dengan menyatakan bahwa *“Parties may provide, either as an alternative to conviction or punishment or in addition to conviction or punishment, that such abuser of drugs shall undergo measures of treatment, education, after-care, rehabilitation and social reintegration.*

Kedua, Pasal dalam UU Narkotika ini juga bertentangan dengan maksud dan tujuan dari Konvensi Tunggal 1961 serta UU Narkotika 35 Tahun 2009 tentang Narkotika itu sendiri yang menyatakan bahwa

“bahwa untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur yang merata materiil dan spiritual berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, kualitas sumber daya manusia Indonesia sebagai salah satu modal pembangunan nasional perlu dipelihara dan ditingkatkan secara terus-menerus, termasuk derajat kesehatannya;

bahwa untuk meningkatkan derajat kesehatan sumber daya manusia Indonesia dalam rangka mewujudkan kesejahteraan rakyat perlu dilakukan upaya peningkatan di bidang pengobatan dan pelayanan kesehatan, antara lain dengan mengusahakan ketersediaan Narkotika jenis tertentu yang sangat dibutuhkan sebagai obat serta melakukan pencegahan dan pemberantasan bahaya penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkotika dan Prekursor Narkotika;

bahwa Narkotika di satu sisi merupakan obat atau bahan yang bermanfaat di bidang pengobatan atau pelayanan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan dan di sisi lain dapat pula menimbulkan ketergantungan yang sangat merugikan apabila disalahgunakan atau digunakan tanpa pengendalian dan pengawasan yang ketat dan saksama;

Pengaturan penggolongan secara internasional, dikembalikan ke negara-negara peserta untuk diatur dalam hukum domestiknya dengan tetap menginformasi kepada organisasi PBB yang melakukan kontrol atas narkotika. Artinya,

penggolongan dimaksudkan untuk dilihat, diriviu serta dilaporkan dalam rangka koordinasi kerja sama kontrol atas narkotika bagi keamanan dan kesehatan global.

Pembacaan atas pasal bahwa narkotika tidak diperbolehkan untuk layanan kesehatan sangatlah merugikan negara Indonesia, yang hanya didasari pada konteks keamanan, dan lupa bahwa tujuan Konvensi Tunggal Narkotika 1961 dan UU Narkotika no 35 Tahun 2009 harus pula didasari pada aspek kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang bertujuan menjamin kesejahteraan dan kesehatan warga negara dan warga dunia.

Penelusuran tentang hak atas kesehatan yang dijamin dalam Konstitusi RI senada dengan kewajiban HAM negara Indonesia yang tertuang dalam Pasal 12 Kovenan Ekonomi Sosial dan Budaya. Penggolongan yang menjadi suplemen dari UU Narkotika juga tidak boleh bertentangan bahkan luput dari prinsip pemenuhan hak asasi warga terutama hak atas kesehatan. Hal ini juga terjadi di dalam perkembangan pemenuhan tanggungjawab negara dalam bidang kesehatan di berbagai dunia.

Kontradiksi Antara Pasal 8 dengan tujuan dan maksud UU Narkotika Nomor 35 Tahun 2009 yang menyatakan bahwa Undang-Undang tentang Narkotika bertujuan: menjamin ketersediaan Narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; mencegah, melindungi, dan menyelamatkan bangsa Indonesia dari penyalahgunaan Narkotika serta memberantas peredaran gelap Narkotika dan Prekursor Narkotika; dan menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi Penyalah guna dan pecandu Narkotika. Pasal ini pun bertentangan dengan Pasal sebelumnya yang mengatur bahwa "Narkotika hanya dapat digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi". Serta maksud untuk memberikan hak asasi atas kesehatan individu yang tertuang dalam UU Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 serta maksud dari pemberian layanan kesehatan yaitu pencegahan dan pengobatan.

Penggolongan merupakan hak setiap negara sepanjang dilakukan dengan niat baik untuk pengembangan layanan kesehatan dan kemampuan mengontrol zat dengan memastikan ijin edar sesuai dengan peruntukannya. Negara memiliki otoritas penuh atas perubahan golongan ataupun penetapan golongan dengan melihat kembali tujuan Konvensi dan UU dalam negaranya, termasuk Indonesia. Penggolongan zat ini seyogyanya tidak dilakukan sebagai penundukan atas politik

dan geopolitik pada saat Konvensi Tunggal 1961 terbentuk, melainkan harus dilihat ketersediaan dan akses layanan kesehatan yang sangat dibutuhkan oleh Indonesia saat ini demi memastikan terpenuhinya kebutuhan obat-obatan yang masuk ke dalam Golongan I serta kemandirian negara atas kualitas layanan kesehatan yang lebih baik.

Dalam data kebutuhan Obat-obatan yang dikeluarkan oleh International Narcotics Control Board (INCB) setiap tahunnya, Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk yang besar namun memiliki permintaan dan ketersediaan zat untuk kepentingan layanan kesehatan yang sangat rendah. Penggunaan Narkotika golongan I (morfin, fenthanyl, hingga kanabis) sangat minim dibandingkan dengan negara lain yang penduduknya lebih sedikit serta memiliki layanan kesehatannya terbaik. Artinya, berbagai negara tetap memproduksi (*manufacture*), mengirimkan (distribusi) serta menggunakan (*consumption*) Narkotika golongan I bagi layanan kesehatan di dalam dan luar negerinya. Mengapa Indonesia dengan kebutuhan atas zat yang pasti tinggi karena selain hak atas layanan kesehatan yang belum merata serta paska BPJS masyarakat mulai mengakses layanan kesehatan seperti untuk penyakit *palliative care* (kanker dll) serta penyakit lainnya justru melarang penggunaan narkotika golongan I untuk warganya sendiri.

Konstitusi RI Pasal 28H (1) menjamin hak atas kesehatan atas layanan kesehatan kepada semua. Salah satu sifat dari hak atas kesehatan adalah bahwa hak tersebut bersifat *progressive realization* (pemenuhan secara progresif), dan tidak boleh menurun (*regressive*) serta diberikan dan dipenuhi tanpa diskriminasi (*non-discrimination principles*). Kesalahan tafsir atas pelarangan amatlah merugikan Indonesia, saatnya Indonesia melihat dan meninjau kembali UU Narkotika No. 35 Tahun 2009 yang melarang penggunaan narkotika bagi kesehatan tanpa penundaan.

2. Prof. Dr. H. Musri Musman, M.Sc.

Ahli menganalisa tanaman-tanaman, terutama terhadap tanaman cannabis berdasarkan data hasil eksperimen yang sudah dilakukan sebelumnya. Data tersebut sebagai data meta-analisis. Sebelum Ahli mengkaji lebih lanjut terhadap apa yang bisa terjadi dalam berinteraksi bahan-bahan ini di alam, izinkan Ahli menyampaikan biosintesis. Biosintesis itu bagaimana di tumbuhan, bahan-bahan cannabinoid ini dibentuk. Ada beberapa jalur untuk pembentukan bahan-bahan cannabinoid. Pada proses ini, jalur yang dibentuk, yaitu jalur poliketida, melibatkan

dua retributor senyawa, yaitu granifera fosfat dan asam foliketola. Ini akan mengalami transpirasi dengan enzim *geranyltransferase* menghasilkan CBGA. Itulah sebabnya CBGA ini berfungsi sebagai antimikrobal sebagai *defendant* terhadap UV. Kemudian, juga sebagai desikat, desikator terhadap kondisi-kondisi yang menyebabkan orang mengalami batuk. Sejalan dengan perubahan menjadi CBGA, maka ada dua kondisi yang menyebabkan terjadinya perubahan. *Pertama*, dipengaruhi oleh temperatur, kemudian dipengaruhi oleh UV. CBGA ini bila dipengaruhi oleh temperatur rendah, maka dia akan mengalami reaksi, sehingga terbentuklah CBGA, ini merupakan bahan yang berpotensi sebagai bahan dasar obat-obatan. Bahan dasar obat-obatan ini dia tidak menunjukkan siklus aktif, tetapi begitu mengalami karboksilasi karena karboksilasi. COOH ini terpecah menghasilkan CBD. CBD inilah yang bisa berfungsi sebagai obat. Tidak ada di dalam suatu penelitian pun menunjukkan setelah CBD terbentuk, maka dapat kembali menghasilkan CBDA atau kembali menghasilkan CBDA. Jadi ini merupakan satu fase, satu arah.

Di pihak lain, bila temperatur di dalam kondisi kita sudah memanennya atau dalam menumbuhkannya temperatur naik atau UV pada saat memanennya pada saat pukul 10.00 maka yang naik adalah THCA melalui enzim THCA yang akan terbentuk adalah Delta 9 THCA. Delta THCA 9 ini tidak merupakan psikoaktif. Namun bila temperatur naik Delta 9 THCA akan berubah menjadi THC, ini yang psikoaktif. Temperatur terus naik akan menyebabkan terjadi oksidasi dan menghasilkan CBN, ini juga obat. Jadi masa terbentuknya THC itu hanya dalam waktu singkat. Seandainya ada parameter temperatur oksidasi terjadi maka THC itu akan dapat mengalami fluktuasi. Jadi tidak selamanya konsentrasi yang ada di dalam tumbuhan cannabis itu dapat dipertahankan, tergantung dari bagaimana environmental bermain di situ. Beberapa hal yang berkenaan dengan ini, perlu disikapi pada faktor-faktor yang mempengaruhi kadar komponen cannabinoid atau ada sejumlah penelitian yang sudah dilakukan.

Pertama, faktor genetik. Jadi varian itu tidak menentukan kalau dia dapat diatur karena jumlah THC dan jumlah CBD itu dapat ditentukan di laboratorium untuk menghasilkannya, bukan ditentukan pada *raw material* dari tumbuhan itu. Kemudian pelatihan. Pelatihan itu bagaimana orang menggunakannya? Bagaimana orang memotongnya? Bagaimana orang menggantungnya? Itu juga mempengaruhi tingkat kualitas dari *persentase* CBD dan THC. Petir juga memberikan efek yang sangat

menentukan terhadap jumlah THC dan CBD di dalam organisme cannabis. Nutrisi, kandungan nitrogen yang ada dalam tanah juga menentukan fluktuasi dari potensi dari cannabis. Waktu panen yang salah pada musim dingin maka menghasilkan CBD lebih banyak. Waktu panen pada musim panas menghasilkan THC lebih banyak. Pengasapan, kita sering melihat bila setelah dipanen ditumpuk maka itu akan menghasilkan THC karena temperatur pada saat penumpukan itu tinggi, tetapi bila dia disebarakan sehingga memperoleh temperatur yang sama maka akan tumbuh yang disebut dengan jamur-jamur, itu merusak dari komponen-komponen yang ada pada cannabinoid.

Di pihak lain, kesegaran ganja terbatas setelah dipanen, apa yang menyebabkannya? CBDA sudah mengalami dua macam perubahan, yaitu dengan enzim CBGA trans dan enzim THCA, sehingga jumlah atau potensi dari THC dan CBD sangat ditentukan oleh kondisi kesegaran tersebut. Suhu juga mempengaruhi degradasi ganja, penyimpanan di dalam kotak dalam tahunan, penyegelan, penggunaan, terbukanya tutup tempat menyimpannya bahan dasar dari *cannabinoid* ini akan mengalami perubahan persentase THC dan CBD. Kelembaban juga mempengaruhi degradasi ganja, sinar ultraviolet berdampak pada degradasi ganja, oksigen berdampak pada degradasi ganja. Jadi bila suatu pabrik mengeluarkan hari ini misalnya 18% maka belum tentu dalam dua minggu atau tiga minggu tetap 18%. Bila botolnya dalam keadaan klir, dalam keadaan jernih, tidak dalam keadaan berwarna, maka perubahan itu terjadi karena dia sangat sensitif terhadap cahaya.

Beberapa kajian cannabis telah dilaporkan untuk penanganan medis. Hasil meta analisis Ahli menunjukkan ada sekitar 73 senyawa penyakit-penyakit yang sudah ditangani dengan cannabis, di sini hanya sebagian yang Ahli paparkan. Salah satunya *epilepsy*. *Epilepsy* ini sudah sangat populer menggunakan cannabis karena banyak penderita sudah angkat tangan, sudah cukup kapok dengan pengobatan-pengobatan sintesis. Pengobatan-pengobatan yang berdasarkan bukan pada cannabis. Jadi mereka mencari solusinya dengan memanfaatkan cannabis ini, beberapa literatur yang Ahli kutip untuk mendukung pernyataan Ahli tadi terhadap penyakit HIV dan AIDS dari sejumlah yang sudah dipublikasikan di jurnal-jurnal internasional berfokus yang menunjukkan *evidence based* yang sangat kuat terhadap kemampuan penanganan medis dengan menggunakan CBD dan THC. Contoh-contoh sejak lama sudah digunakan oleh Ahli untuk menangani penyakit-

penyakit yang memang di dunia kedokteran itu masih menggunakan senyawa-senyawa yang bukan dari cannabis.

Bagaimana imun sistem itu berlangsung. Untuk kanker, secara spesifik Ahli menekankan ada 34 makalah medis terbaru, dalam beberapa tahun yang terakhir, dari institusi terkemuka di seluruh dunia yang melaporkan dengan tempat bagaimana THC/CDB itu digunakan. Misalnya kanker otak. Kemudian kanker mulut dan kanker tenggorokan, kanker payudara yang ditangani dengan cannabis. Kemudian kanker paru ditangani dengan *cannabinoid*, kanker prostat juga ditangani dengan dengan penggunaan cannabinoid, termasuk pengobatan kanker usus. Di pihak lain kita memiliki potensi yang sangat banyak, tetapi kita tidak menggunakannya karena kita terbatas kepada aturan yang mengikat diri kita sendiri. Misalnya di sini nabilone, itu sudah disetujui oleh FDA tahun 1985. Mereka menaruh dari segi finansial sudah cukup besar. Ini merupakan THC sintesis. Marinol, demikian juga tahun 1985 itu sudah disetujui, termasuk juga THC sintesis. Kemudian sativex, di setujui tahun 1995 juga merupakan gabungan THC dan CDB. Kemudian epidiolex yang baru disahkan pada tahun 2018, merupakan murni CDB yang diperoleh dari tumbuhan, jadi bukan sintetis. Ternyata hasil uji yang dilakukan sangat aman digunakan untuk penanganan penyakit-penyakit yang berkaitan dengan kejang. Contoh di sini FDA yang disebut dengan lennox gatra sindrom, dravet syndrome, dan tirobus sirosis complex, ini pada anak usia ke atas. Jadi, tidak ada menunjukkan efek negatif. Meskipun ada, ini ternyata menurut hasil klinis itu tidak menjadi signifikan.

3. Prof. David Nutt DM, FRCP, FRCPsych, FSB, FMedSci, Dlaws. (Penerjemah: Miki Rusindaputra Salman)

Hari ini Ahli akan fokus pada salah satu dari kelas atau kategorisasi narkoba. Ahli akan sangat senang untuk bisa menjawab pertanyaan juga tentang jenis obat-obatan lainnya jika waktu masih ada, lebih rinci untuk Ahli menjelaskan. Ahli akan menekankan poin bahwa obat-obatan ini memang memiliki sifat-sifat medis yang unik dan Ahli berargumen bahwa mereka harus tersedia untuk kondisi-kondisi atau penyakit-penyakit yang membutuhkannya.

Pertama adalah cannabis sudah lama menjadi obat dan digunakan sebagai obat-obatan di banyak negara selama 5.000 tahun. Pertama ditemukan di China, namun kemudian menyebar dan digunakan luas sampai Konvensi 1961 karena sebagian besar alasan-alasan politis, penggunaannya kemudian mulai dilarang di banyak negara. Di Inggris 3 tahun lalu, kontrol atas obat-obatan ini dibuka dan dia

dijadikan obat atas bukti yang banyak sekali dari pasien-pasien bahwa cannabis medis ini memiliki kegunaan yang signifikan yang tidak dapat diberikan oleh obat-obatan lainnya. Jadi di Inggris, cannabis medis kemudian dipindahkan ke kategori II yang artinya adalah dia itu obat. Siapa pun dokter spesialis diizinkan untuk meresepkan dengan bukti bahwa adanya keamanan dan efikasi atau kemanjuran dari obat tersebut untuk penyakit tertentu. Di Inggris memang memiliki pengaturan yang paling bebas karena bisa diresepkan oleh dokter spesialis mana pun.

Keunggulan Perawatan Nasional (NESS) merekomendasikan pada tahun 2019 bahwa ada kondisi-kondisi khusus yang bisa diresepkan, misalnya kemoterapi untuk rasa mual, dan muntah-muntah, dan juga *spasticity* untuk *multiple sclerosis*, serta untuk epilepsi anak-anak. Banyak negara lain juga sebelumnya telah membuat cannabis medis ini tersedia dan ini menunjukkan tahun-tahun di mana legislasi itu disahkan di negara-negara tersebut, serta jumlah pasien yang diestimasi sekarang memanfaatkan cannabis medis dan bisa melihat Jerman, Italia, Belanda, Amerika Serikat, Kanada, Israel, dan Australia. Jadi, cannabis medis ini telah menjadi bagian dari praktik pengobatan di sejumlah signifikan negara dan sudah banyak sekali pasien yang mendapatkan resep semacam itu. Satu hal yang paling penting, yakni bahwa cannabis medis itu adalah aman dengan dikumpulkannya banyak data dari negara-negara ini, kita melihat sangat sedikit contoh dampak buruk atau masalah yang ditimbulkan dari cannabis. Jadi tidak hanya cannabis medis ini digunakan luas, namun juga terbukti aman. Selain itu, kita juga memiliki pemahaman yang sangat baik tentang mekanisme bagaimana cannabis medis ini berdampak. Ada dua molekul utama di dalam cannabis medis. Pertama, disebut THC atau tetrahidrokanabinol. Berikutnya, disebut CBD atau kanabidiol. Walaupun keduanya mirip secara struktur kimia, mereka memiliki fungsi yang sangat berbeda, namun saling melengkapi (komplementer). Untuk orang-orang tertentu, THC adalah bahan yang paling penting, sedangkan untuk orang lain, CBD yang lebih penting. Namun, sekarang juga ada semakin banyak bukti bahwa kombinasi dari keduanya yang muncul dari cannabis medis dari tanaman yang itu juga memiliki kemanjuran atau efikasi yang khusus.

Ahli menampilkan suatu audit yang dilakukan di anak-anak yang memiliki epilepsi yang sulit diberi perawatan. Kita melihat ada 10 anak dan ini mungkin relevan untuk beberapa kasus di Indonesia yang telah mengakibatkan kasus ini diajukan. Bahwa jumlah anak kejang-kejang setiap bulan sebelum mereka diberi

perawatan cannabis medis dan anak-anak ini sudah menerima atau mengonsumsi berbagai obat-obatan antiepilepsi lainnya. Jadi dari mereka diberi perawatan mengonsumsi obat-obatan epilepsy lainnya dan di sini kita lihat skala adalah skala logaritmik, setiap baris adalah 10 kali lipat. Bahwa berapa anak mengalami kejang, sekitar 1.000. Kejadian anak kejang-kejang per bulan terlepas dari obat-obatan yang sudah mereka konsumsi (merah). Dampak setelah mereka mengonsumsi cannabis medis, bisa dilihat secara jelas (hitam) ini jauh ada efek yang lebih kecil. Pasien 8 dan pasien 9 bisa dilihat mereka sama sekali tidak mengalami kejang setelah mengonsumsi cannabis medis itu. Rata-rata pengurangan frekuensi kejang sekitar 80%. Jadi ini adalah efek medis yang sangat dramatis dan sangat kuat, cannabis medis ini bisa betul-betul mengubah kehidupan bagi anak-anak yang sebelumnya gagal dilakukan oleh obat-obatan konvensional.

Beberapa bulan yang lalu, Ahli menerbitkan satu makalah yang mengkaji nilai dari cannabis medis untuk penyakit neuropati, yakni penyakit kronis yang sangat sulit untuk dirawat. Dalam grafik ini menunjukkan manfaat komparatif dari berbagai obat-obatan atau perawatan untuk sakit *neuropathic*, semakin tinggi skalanya, semakin tinggi baloknya, semakin baik perawatannya. Bahwa *treatment* atau perawatan yang terbaik adalah cannabis medis, kombinasi dari THC dan Canabidiol. Alasannya adalah karena manfaat THC dan CBD adalah sangat kuat dan keamanannya, kemampuan menoleransinya sangat tinggi dari kombinasi D. Perawatan tradisional di Inggris, seperti menggunakan morfin atau metadon, dilihat bahwa skornya jauh lebih kecil. Itu karena keamanannya juga jauh lebih rendah. Bahwa cannabis medis memiliki manfaat yang signifikan untuk orang-orang yang rasa sakitnya tidak dapat merespons terhadap perawatan konvensional lainnya.

Makalah ini Ahli sampaikan kepada Mahkamah Konstitusi. Ahli telah berusaha menunjukkan bahwa di Inggris ada bukti sangat kuat untuk efektivitas cannabis medis dan ada banyak sekali bukti yang telah mengakibatkan zat ini dikategorisasi ulang karena memiliki sifat-sifat atau khasiat medis yang unik. Ahli berharap bahwa apa yang telah Ahli tunjukkan dapat memberi kepercayaan diri kepada Majelis Hakim untuk melakukan hal yang sama di Indonesia karena akan memberi manfaat yang banyak kepada pasien dan juga tidak memberikan kerugian kepada mereka.

4. Rev.Sung Seok Kang

Merupakan kehormatan besar untuk berpartisipasi dalam persidangan ini dengan memberikan keterangan ahli.

Saya Pendeta Sung Suk Kang dan saya bekerja untuk Organisasi Kanabis Medis Korea dan Institut Sertifikasi Kanabis Korea.

KMCO adalah *think tank* pertama di Asia yang meloloskan RUU 'kanabis medis' di Majelis Nasional.

Kami secara aktif berpikir dan bertindak untuk memberikan harapan kepada anggota organisasi dan banyak pasien.

Melalui kesaksian ahli ini, saya akan menjelaskan situasi di Korea dan pemberian resep kanabis di Asia.

Kasus serupa juga terjadi di Korea pada pasien Indonesia dan keluarganya. Pasien Korea dan keluarganya membeli produk CBD dari luar negeri, dan ada banyak kasus di mana jaksa Korea menuntut hal ini di bawah 'UU Narkotika'.

CBD adalah bahan dalam Kanabis, tetapi bukan bahan psikoaktif. Namun, di bawah undang-undang Narkotika Korea sudah cukup untuk menuntut pasien dan keluarga mereka. Jaksa dan media menuduh pasien dan keluarganya sebagai pecandu obat-obatan dan pengedar obat-obatan gelap.

Setelah pendirian KMCO pada tahun 2017, kami meminta Majelis Nasional dan pemerintah untuk merevisi undang-undang dan menyiapkan kebijakan bagi pasien dan keluarga mereka. Dengan upaya yang tak terhitung jumlahnya, undang-undang tersebut diubah oleh Majelis Nasional pada Desember 2018. Organisasi Kanabis Medis Korea berfokus pada merevisi undang-undang narkoba yang ada.

Berdasarkan UU Narkotika, obat-obatan narkotika dan psikoaktif dapat diresepkan tergantung pada diagnosisnya. Ketika RUU amandemen UU Narkotika diusulkan ke Majelis Nasional, Komite Kesehatan dan Kesejahteraan Majelis Nasional Republik Korea meninjau apakah hal itu dapat dibenarkan.

Terjemahan Korea dari 'Laporan Komite Ahli WHO tentang Ketergantungan Obat-Obatan' yang diserahkan ke Majelis Nasional oleh Organisasi Kanabis Medis Korea dikutip oleh seorang ahli senior di Komite Kesehatan dan Kesejahteraan Majelis Nasional.

RUU itu ditinjau oleh Komite Kesehatan dan Kesejahteraan Majelis Nasional dan Komite Legislasi dan Kehakiman Majelis Nasional meninjaunya. Majelis Nasional Korea adalah yang pertama di Asia yang menggunakan kanabis untuk tujuan medis di Majelis Nasional. Pemerintah Korea memasok 'kanabis medis' dari 'Pusat Obat-Obatan Khusus & Esensial Korea' di bawah pengelolaan Kementerian

Keamanan Makanan dan Obat-obatan. ‘Obat khusus’ (*orphan drug*) berarti ‘obat-obatan yang tidak dapat diberikan tanpa dukungan pemerintah’.

Dalam sistem medis di mana obat-obatan diresepkan oleh dokter di apotek, ‘kanabis medis’ dipasok dari ‘apotek khusus’ yang dikelola oleh pemerintah. Dasar ilmiah untuk merevisi dan secara langsung memasok ‘UU Narkotika’ oleh Majelis Nasional Korea dan pemerintah adalah karena ‘Komite Ahli Ketergantungan Obat-obatan’ menerima bukti ilmiah. Pada tahun 2020, ‘Single Convention on Narcotic Drugs’ juga direvisi oleh Komisi Obat-obatan PBB sesuai dengan rekomendasi dari WHO.

Sebagian besar obat-obatan bersifat psikoaktif. Kokain digunakan untuk mengobati gangguan hiperaktif defisit perhatian, dan opium digunakan sebagai obat nyeri. KMCO mengajukan surat kepada Komisi PBB untuk Narkotika untuk merevisi ‘*Single Convention on Narcotic Drugs*’ PBB pada tahun 2020.

Di seluruh dunia, kanabis telah legal untuk penggunaan medis. Korea telah mengadopsi dua kebijakan: ‘Prinsip teritorial’ dan ‘Prinsip kebangsaan’. Dengan kata lain, seorang pasien yang diberi resep ‘kanabis medis’ di negara hukum menjadi pelanggar narkoba di Korea. Oleh karena itu, mengubah definisi kanabis di PBB juga merupakan permintaan untuk mengubah persepsi kanabis di setiap negara. Kami membutuhkan kebijakan untuk pasien dan keluarganya.

5. Stephen Rolles, B.Sc., M.A

Perkenalan diri: Nama saya Stephen Rolles dan saya adalah analis kebijakan senior untuk *Transform Drug Policy Foundation*, sebuah badan amal berbasis di Inggris yang bergiat dalam analisis dan advokasi kebijakan obat-obatan, dan bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan individu dan masyarakat melalui kebijakan obat-obatan yang lebih adil dan efektif. *Transform Drug Policy Foundation* aktif di Inggris dan secara internasional – bergiat di berbagai *forum parlementer*, PBB, dan profesional di seluruh dunia selama 25 tahun terakhir. Saya pernah berperan sebagai penasihat kebijakan regulasi obat-obatan untuk sejumlah pemerintah, termasuk Uruguay, Kanada, Thailand, dan Luksemburg – dan sudah menulis banyak laporan, makalah akademis, dan buku tentang regulasi obat-obatan yang bertanggung jawab.

Pertama saya ingin membuat beberapa pengamatan untuk menempatkan diskusi penting ini dalam konteks.

Banyak obat-obatan medis yang diresepkan memiliki efek psikoaktif, dan beberapa di antaranya juga digunakan secara non-medis. Selain itu, *sebagian besar* obat-obatan *non-medis* yang umum digunakan juga digunakan untuk tujuan medis di banyak yurisdiksi, atau sedang diteliti untuk aplikasi medis potensial. Ini termasuk obat-obatan yang bersifat sebagai stimulan – yang meningkatkan energi dan membuat orang terjaga, seperti kokain, amfetamin dan MDMA; obat-obatan yang membuat orang tidur dan bersifat sebagai penghilang rasa sakit, seperti opioid dan benzodiazepin; berbagai bentuk kanabis dan obat-obatan psikedelik yang mengubah persepsi dan keadaan kesadaran seperti LSD dan *psilocybin*.

Mari kita tinjau beberapa contoh berikut.

Semua obat-obatan medis berpotensi memiliki risiko; bahkan ketika digunakan sesuai petunjuk. Banyak obat-obatan medis memiliki efek samping dan risiko yang diketahui yang harus dikelola dengan hati-hati oleh dokter, ahli farmasi, dan profesional kesehatan lainnya yang menangani pasiennya. Bahkan obat-obatan seperti pil sakit kepala yang biasa dibeli di warung pun memiliki risiko jika digunakan secara tidak benar; obat seperti parasetamol pun dapat menyebabkan kerusakan hati atau kematian jika dikonsumsi terlalu banyak. Oleh karena itu, semua obat medis diatur oleh berbagai tingkatan lisensi dan regulasi yang mengatur hal-hal seperti bagaimana dan di mana tersedia, siapa yang dapat meresepkan atau menjualnya, siapa yang dapat mengaksesnya, bagaimana diproduksi, bagaimana diangkut dan disimpan, dijual dengan dilengkapi dengan informasi apa, dan sebagainya. Meskipun sistem hukum berbeda-beda antar negara, secara umum, semakin besar risiko obat medis tertentu, semakin ketat peraturan yang diberlakukan padanya.

Salah satu tantangan yang harus dihadapi oleh regulasi obat adalah risiko spesifik bahwa obat-obatan tertentu yang diproduksi untuk keperluan medis dapat 'dialihkan/didiversi' untuk penggunaan non-medis berkat efek psikoaktifnya. Ini adalah persoalan penting dan memang patut menjadi perhatian, dan persoalan ini pulalah yang menghasilkan pengembangan sistem hukum dan peraturan selama satu abad terakhir, baik hukum domestik maupun internasional, yang berupaya meminimalkan risiko-risiko tersebut di atas. Akibatnya, obat-obatan medis legal yang dianggap berisiko dialihkan/didiversi dan disalahgunakan adalah di antara komoditas legal yang paling ketat diatur di dunia.

Meski tidak ada sistem yang sempurna, dan pengalihan/diversi terus menjadi perhatian yang dalam sebagian situasi, sistem hukum dan regulasi yang telah berkembang selama bertahun-tahun umumnya sangat efektif dalam membatasi penggunaan obat-obatan medis untuk keperluan *non-medis* – bahkan yang dianggap berisiko tertinggi sekalipun. Untuk sebagian besar obat-obatan ini, mayoritas besar penggunaan non-medis dipasok melalui produksi ilegal dan jejaring distribusi yang dikendalikan secara kriminal karena dilarang oleh pemerintah dan tidak ada opsi pasokan yang legal; pasokan medis yang dialihkan/didiversi hanya merupakan sebagian kecil dari total penggunaan non-medis.

Mari kita dalami model-model peraturan ini dengan beberapa contoh:

Opioid adalah kategori obat paling penting yang ada untuk mengontrol rasa sakit – untuk nyeri pasca operasi, proses persalinan, nyeri punggung kronis, nyeri rematik atau nyeri neuropatik, dan untuk perawatan paliatif – mengelola rasa sakit untuk orang-orang di penghujung hidup mereka, misalnya mereka yang menderita kanker stadium akhir. Opioid yang digunakan dalam situasi seperti itu antara lain kodein, petidin, tramadol, hidromorfon, oksikodon, morfin, diamorfin, dan fentanil. Semua opioid ini dapat, dan pada tingkat yang berbeda-beda, juga digunakan secara non-medis, dan banyak orang kemungkinan sudah mengetahui adanya berbagai masalah terkait kecanduan opioid dan risiko overdosis.

Ada banyak kompleksitas seputar regulasi obat-obatan ini. Namun perlu dicatat bahwa untuk obat opioid yang paling dikaitkan dengan kecanduan dan overdosis secara global – seperti diamorfin (juga dikenal dengan nama heroin) dan fentanil (opioid sintetis kuat, sekitar 50 kali lebih keras dari heroin) – hampir semua pasokan untuk penggunaan non-medis adalah melalui jalur ilegal. Penggunaan medis dari obat-obatan ini – contohnya di Inggris – dilaksanakan dengan sangat ketat dan efektif dan pengalihan/diversi obat ini nyaris nihil. Contoh ini dapat menjadi studi kasus yang berguna untuk menggambarkan bagaimana larangan untuk semua penggunaan medis tidak akan memberi dampak berkurangnya penggunaan non-medis, tetapi hanya akan melemahkan kemampuan dokter untuk memilih bentuk pengendalian nyeri yang paling tepat untuk pasien mereka.

Meskipun ada kejadian bagaimana opioid yang diresepkan kemudian diselewengkan/di diversikan untuk penggunaan non-medis, terutama di AS dengan obat-obatan seperti oksikodon, kelemahan sistem regulasi tersebut sudah diidentifikasi dan diatasi dan pemberlakuan pembatasan tambahan – sehingga

pasokan medis legal tetap dapat berlanjut tetapi dalam kerangka yang lebih sesuai. Jelas penting untuk mendapatkan keseimbangan yang tepat terkait seberapa ketat kontrol tersebut. Sementara ada kerangka peraturan yang tidak memadai, ada pula yang bisa dikatakan terlalu restriktif, membuat akses ke beberapa obat esensial di negara-negara tertentu menjadi sulit atau bahkan tidak mungkin. Kemampuan kerangka peraturan untuk beradaptasi dan berubah dalam menanggapi masalah yang muncul – apakah mengetatkan atau melonggarkan pembatasan sesuai kebutuhan – adalah bagian penting dari bagaimana suatu kerangka peraturan dapat berfungsi. Model peraturan memang sepatutnya tidak tetap dan kaku, melainkan mampu berkembang sebagai respons terhadap perubahan keadaan dan penelitian baru yang muncul.

Namun, hal yang tidak dilakukan model semacam ini adalah memberlakukan larangan total untuk penggunaan medis. Sebagian besar sistem hukum nasional didasarkan pada tiga konvensi obat-obatan PBB (1961, 1971 dan 1988) yang memiliki tujuan ganda untuk membatasi penggunaan obat psikoaktif non-medis, sementara juga memfasilitasi dan mengelola penggunaan medis dan ilmiah. Konvensi-konvensi PBB dimaksud telah membuat penggolongan obat-obatan yang berupaya mengurutkan berbagai obat berdasarkan risiko penggunaan non-medisnya (termasuk terkait toksisitas dan sifat adiktif), di samping kegunaan medisnya. Penggolongan obat-obatan tertentu sering menjadi bahan perdebatan dan kontroversi – tetapi prinsip bahwa obat-obatan yang lebih berisiko diatur lebih ketat adalah inti dari sistem ini.

Ada dua pengamatan penting tentang kerangka pengendalian obat-obatan PBB. Pertama, konvensi-konvensi tersebut tidak memberlakukan larangan mutlak terhadap obat-obatan apa pun untuk penggunaan medis dan ilmiah, bahkan obat yang dianggap paling berisiko. Secara spesifik konvensi-konvensi tersebut menyatakan bahwa obat-obatan yang lebih berisiko harus tunduk pada kontrol yang lebih ketat – tetapi *tidak dilarang* untuk penggunaan medis dan ilmiah. Kedua, sistem tersebut memiliki mekanisme untuk meninjau penggolongan obat tertentu dan mekanisme untuk memindahkan obat antar golongan, atau menghapusnya dari penggolongan sama sekali, manakala pemahaman tentang risiko dan manfaat berubah berdasarkan bukti baru.

Ini terjadi baru-baru ini dengan kanabis – yang setelah melalui tinjauan rinci atas bukti dari WHO, dan perdebatan sengit antara negara-negara anggota PBB,

baru-baru ini dihapus dari golongan IV konvensi 1961, dan hal ini secara efektif mengakui potensi penggunaan medis kanabis, sementara tetap merekomendasikan kontrol yang ketat. WHO juga mengkonfirmasi bahwa CBD – komponen kanabis yang aktif secara medis dan tidak memiliki efek psikoaktif – berisiko rendah dan tidak perlu tunduk pada kontrol internasional.

Keputusan-keputusan baru tersebut amat berguna dalam menyoroti banyak tantangan yang selama ini dihadapi, baik dalam perdebatan PBB maupun domestik seputar regulasi obat-obatan berbasis kanabis. Karena kanabis adalah tanaman yang mengandung banyak komponen aktif dengan potensi kegunaan medis, dan berbagai bentuk tanaman tersebut kemudian dapat dibuat menjadi berbagai macam ekstrak dan preparat yang berbeda; beberapa di antaranya mungkin merupakan produk farmasi standar, sementara yang lain produk herbal yang diproduksi secara informal – kita perlu berhati-hati ketika menggunakan istilah umum yang luas seperti ‘kanabis medis’; yang pada kenyataannya dapat mencakup ratusan produk medis yang berbeda.

Kekhawatiran seputar penyalahgunaan obat tidak dapat secara efektif diatasi oleh model pengendalian obat-obatan medis yang terlalu ketat yang didorong oleh ketakutan akan pengalihan/diversi dan penyalahgunaan yang salah alamat. Sebagian besar obat yang disalahgunakan *bukanlah* obat yang diselewengkan, melainkan obat yang diproduksi dan dipasok secara ilegal. Kontrol atau pelarangan obat yang terlalu ketat tidak akan berdampak pada tingkat penyalahgunaan, namun tanpa disadari justru dapat merugikan pasien karena menghalangi dokter memberikan perawatan yang optimal.

Pengalaman global – didukung oleh konvensi obat-obatan PBB – mengarah pada pengaturan obat-obatan medis dengan tingkat kontrol yang sesuai untuk mencegah diversi/pengalihan; suatu sistem sudah terbukti efektif bila diterapkan dengan benar, bahkan untuk obat yang paling berisiko sekalipun seperti opioid keras. Membatasi ketersediaan obat hanya dengan resep, di rumah sakit dan lingkungan perawatan kesehatan lainnya yang diawasi, atau melalui apoteker berlisensi dan terlatih dengan benar, umumnya terbukti sebagai model kontrol yang sangat efektif. Memang tidak ada sistem yang sempurna, dan penyelewengan dalam tingkat tertentu mungkin tidak terhindarkan, tetapi pengalaman global dan panduan PBB mengarah pada sistem untuk regulasi obat medis berbasis risiko yang bertanggung jawab melalui kerangka kelembagaan yang mapan, alih-alih menutup total

kemungkinan penggunaan medis. Sudah tepat apabila persoalan ini sepatutnya memang ada di ranah kesehatan masyarakat, alih-alih di ranah pidana.

6. Dr. Pakakrong Kwankhao, Ph. D

- Di Thailand saat ini bahkan sebelum legalisasi, kanabis sudah dimasukkan ke Golongan V. Saat ini pun, masih ada dalam golongan V untuk digunakan sebagai obat-obatan dan untuk penelitian saja. Sebelum Thailand mengimpelentasikan ataupun Korea mengimplementasikan ini, sudah ada beberapa negara di Eropa yang menggunakan kanabis medis sebelumnya, antara lain di Israel, Inggris, dan di Amerika. Dalam konteks Thailand, sebelum kami melegalisasi kanabis medis, Kementerian Kesehatan Publik melakukan kajian literatur tentang efektivitas dan keamanan kanabis. Ada banyak penelitian yang sudah dilakukan tentang kanabis medis di seluruh dunia. Sumber lainnya adalah *volkuler* karena ini adalah tanaman asli kami. Kami ingat waktu masih muda, waktu itu masih legal, tetapi kami biasa melihat ibu-ibu memasukkan daun ganja ke sup atau mie, dan daunnya biasa dimakan. Jadi, pengetahuan seperti itu pun sudah ada sebelum negara kami memutuskan untuk melegalisasi kanabis medis.
- Kami punya sistem pengendalian yang diawasi oleh badan narkotika nasional kami. Kami tidak menggunakan kanabis untuk semua penyakit dan kami juga tidak menggunakan sebagai pilihan pertama ketika seseorang didiagnosis. Kami tidak langsung pertama-tama meresepkan kanabis tersebut karena tidak cukup bahan bukti. Namun, setelah perawatan standar gagal, misalnya dalam perawatan paliatif, epilepsi, parkinson, dan multiple sclerosis, baru kami akan menggunakan kanabis medis. Kanabis memang obat, sehingga kami tidak membiarkan siapa saja sembarang orang untuk menghasilkan kanabis untuk obat-obatan. Kami hanya mengizinkan lembaga pemerintah untuk menghasilkan kanabis medis dan mereka harus mendapatkan izin sebelum penanaman, pembudidayaan produksi, dan pemberian kepada pasien. Oleh karena itu, mereka harus mendapatkan lisensi atau izin dari pemerintah. Jika tidak, mereka tidak boleh melakukan kegiatan tersebut.

Saksi para Pemohon

Petrus Ridanto Busono Raharjo

- Puisi tersebut adalah karya Jonathan Wilson Fuller yang secara kebetulan saya temukan di dalam sebuah buku karya seorang biksu Budha Ajahn Brahm yang berjudul, “Si Cacing dan Kotoran Kesayangannya”. Sebagai penderita nyeri kronis saya merasa terwakili oleh puisi tersebut.
- Sungguh sangat sedikit yang dapat memahami apa yang dirasakan oleh orang-orang yang menderita nyeri kronis. Puisi tersebut memberikan gambaran yang akurat. Sangat sedikit yang dapat mengerti bahwa nyeri kronis benar-benar dapat menimbulkan frustrasi – apalagi jika anda adalah penderita nyeri kronis yang hidup di Indonesia.
- Pada tahun 1995 saya mengalami kecelakaan lalu lintas yang parah. Ketika itu saya duduk di kelas 3, SMA Pangudi Luhur Yogyakarta. Suatu pagi, dalam perjalanan ke sekolah sebuah truk yang melaju kencang menerjang saya dari arah depan. Akibat kecelakaan itu, selama beberapa minggu saya berada di RS Pusat KU Muhammadiyah Yogyakarta dalam kondisi yang silih berganti antara sadar dan tidak sadar.
- Setelah kesadaran saya stabil, hanya kepala saya yang dapat digerakkan. Kemudian saya diberi tahu bahwa paha kanan saya hancur, dan tulang kering kaki kiri saya berlubang tertusuk besi. Siku kiri saya lepas dari persendian, dan telapak tangan kiri saya retak sehingga harus dioperasi supaya minimal dapat berfungsi meskipun tidak dapat pulih lagi. Sementara tangan kanan saya patah di pergelangan, dan persendian bahunya lepas.
- Namun yang lebih parah, ternyata tangan kanan saya juga mengalami kerusakan saraf sensorik dan motorik. Sehingga berbulan-bulan kemudian, ketika kedua kaki dan tangan kiri sudah dapat digerakkan, tangan kanan tetap tidak dapat bergerak sama sekali. Selain itu, dia juga tidak dapat merespon setiap sentuhan yang diberikan. Dan hal tersebut tidak mengalami perubahan apa-apa bahkan setelah selama berbulan-bulan – dua hingga tiga kali seminggu – saya menjalani fisioterapi.
- Tetapi tidak berhenti di situ saja. Yang paling menyiksa bagi saya setelah kesadaran saya pulih seutuhnya adalah rasa nyeri yang menyerang hampir tanpa henti di tangan kanan saya yang lumpuh ini.

Tidak terasa bila disentuh, tetapi di dalam terasa sangat nyeri. Begitu nyerinya sehingga rasanya akan lebih baik jika saya tidak sadar lagi. Namun tidak demikian yang terjadi. Saya tetap sadar, tangan kanan saya tetap tidak berfungsi, dan selama hampir 27 tahun ini hampir setiap saat saya merasakan nyeri.

- Perihal rasa nyeri tersebut sudah berulang kali saya sampaikan kepada semua dokter yang pernah menangani saya. Baik dokter di RS PKU Muhammadiyah, RS Bethesda, RSPanti Rapih, di klinik fisioterapi Murono Sutejo, maupun kepada belasan pengobat alternatif yang saya datangi. Namun tidak ada satupun dari mereka yang memberikan tanggapan serius.
- Tidak ada yang mau memahami bahwa rasa nyeri yang saya derita di tangan kanan ini benar-benar menyiksa. Dan bahkan pada saat-saat tertentu sangat mematahkan dan melumpuhkan semangat hidup saya.
- Beberapa dokter spesialis saraf dan SpKJ, yang memiliki kewenangan meresepkan “obat keras”, kemudian memberikan kepada saya resep-resep obat jenis analgesik serta anti depresan. Dan karena tingginya intensitas nyeri yang saya rasakan, saya harus mengonsumsi obat-obat tersebut dengan intensitas yang sama dengan nyeri yang saya derita. Akibatnya beberapa obat menjadi tidak lagi berefek terhadap rasa nyeri saya.
- Namun, sekali lagi, persoalan tidak berhenti sampai di situ. Penggunaan secara terus-menerus obat-obat legal tersebut menimbulkan efek samping yang merugikan kesehatan saya. Saya mengalami gangguan lambung (perih dan mual), terutama karena saya memiliki riwayat sakit maag sejak kelas 3 SD, nyeri pada ginjal dan ulu hati, tekanan darah yang meningkat, dan bahkan saya pernah mengalami sesak napas yang sangat parah diiringi detak jantung yang meningkat drastis. Obat-obat tersebut juga membuat saya merasa lelah dan sangat mengantuk hingga tertidur setelah mengonsumsinya.
- Sebenarnya saya tidak perlu mengalami penderitaan tambahan tersebut seandainya dapat mengonsumsi ganja secara rutin dan leluasa. Saya mulai mengenal dan mengonsumsi ganja sejak tahun 1996. Dan yang membuat saya heran pada masa-masa awal itu adalah kenyataan bahwa saya bisa

merasa rileks. Bagi penderita nyeri kronis seperti saya, kondisi rileks tersebut sangat berarti.

- Setiap saat saya selalu merasakan ketegangan pada otot-otot di sekitar leher, bahu, punggung, juga pinggang. Hal itu disebabkan karena secara refleks, saya dan otot-otot saya itu harus senantiasa bersiap siaga mengantisipasi serangan rasa nyeri yang datang setiap saat. Tetapi yang paling aneh yang ketika itu saya rasakan selain rasa rileks adalah serangan rasa nyeri di tangan kanan saya mulai menurun intensitasnya.
- Jika digambarkan, yang terjadi pada tangan kanan saya adalah rasa seperti kesemutan yang terus menerus. Kemudian pada saat-saat tertentu rasa kesemutan itu semakin intens dan berubah menjadi rasa seperti “sengatan”, atau “tusukan”, atau “hantaman palu” yang sangat menyakitkan. Serangan nyeri tersebut akan bertahan selama beberapa detik hingga satu menit. Kemudian setelah serangan semacam itu terjadi secara perlahan akan kembali pada kondisi seperti kesemutan lagi.
- Meski rerarta hanya hitungan detik pada setiap kemunculannya, namun karena intensitas sakitnya begitu menyiksa dan frekuensinya relatif tinggi, maka kondisi ini benar-benar menimbulkan frustrasi. Inilah jenis rasa sakit yang benar-benar mematahkan dan melumpukan semangat hidup. Dan hal tersebut diperparah dengan fakta sebagian besar orang tidak menganggap penderita nyeri kronis sebagai orang sakit. Bahkan mayoritas di masyarakat kita tidak menganggap nyeri kronis sebagai penyakit.
- Dalam kasus saya, hal tersebut ditunjukkan dengan sangat jelas oleh para polisi yang menangkap saya, jaksa penuntut, maupun para hakim di pengadilan. Tidak ada satupun yang menganggap saya sebagai orang sakit.
- Karenanya, ketika saya mulai mengonsumsi ganja 26 atau 27 tahun yang lalu, saya benar-benar merasakan kelegaan yang luar biasa. Rasa nyeri saya mulai berkurang. Sakit di kepala akibat ketegangan otot-otot leher berangsur menghilang, dan otot-otot di bagian tubuh yang biasanya mengalami stress menjadi lebih rileks. Saya dapat tidur dengan tenang.
- Ketika saya dapat secara rutin menggunakan ganja, intensitas nyeri kronis yang saya rasakan di tangan kanan saya menurun dengan sangat

drastis sampai pada level yang hampir-hampir tidak berarti. Frekuensinya pun menjadi sangat rendah. Rasa nyeri tetap ada tetapi intensitas rasa sakit yang ditimbulkannya tidak lagi menyiksa. Dan hal itu bersamaan dengan penurunan frekuensi serangan nyeri menjadikan semangat hidup saya pulih.

- Jika hak kesehatan dan hak untuk terbebas dari rasa sakit adalah bagian dari hak asasi manusia², maka seharusnya hak kami untuk memilih dan mendapatkan pengobatan yang sesuai bagi kami harus dijamin dan dilindungi.
- Sungguh aneh, bahkan kejam dan tidak masuk akal ketika orang-orang yang berjuang melawan rasa sakit, maupun mencari kesembuhan justru ditangkap dan dijebloskan ke dalam penjara dengan hukuman yang jauh lebih berat daripada para pelaku perampokan, pelecehan seksual, dan pemerkosaan anak di bawah umur, bahkan lebih berat dari pelaku pembunuhan dan korupsi.

[2.3] Menimbang bahwa terhadap permohonan para Pemohon tersebut, Dewan Perwakilan Rakyat menyampaikan keterangan secara lisan dalam persidangan pada tanggal 10 Agustus 2021 dan keterangan tertulis yang diterima Mahkamah pada tanggal 27 Agustus 2021, pada pokoknya mengemukakan sebagai berikut:

I. KETENTUAN UU NARKOTIKA YANG DIMOHONKAN PENGUJIAN TERHADAP UUD NRI TAHUN 1945

Dalam permohonan *a quo*, para Pemohon mengajukan pengujian materiil terhadap UU Narkotika sebagai berikut:

Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU Narkotika

“Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan “Narkotika Golongan I” adalah narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan”

Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika

“Narkotika golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan”

Ketentuan UU *a quo* dianggap bertentangan dengan UUD NRI Tahun 1945 yang berketentuan sebagai berikut:

Pasal 28C ayat (1)

“Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.”

Pasal 28H ayat (1):

“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.”

Para Pemohon dalam permohonannya mengemukakan bahwa hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya telah dirugikan dan dilanggar oleh berlakunya ketentuan pasal-pasal *a quo* sebagaimana dikemukakan dalam permohonannya yang pada intinya sebagai berikut:

- a. Bahwa Pemohon I merupakan seorang ibu dari seorang anak yang telah berpulang pada tanggal 26 Desember 2020 karena menderita penyakit *cerebral palsy*, yakni lumpuh otak dan ingin memberikan upaya pengobatan dengan memberikan pengobatan berupa *cannabis oil* (minyak ganja) kepada anaknya saat masih mengidap penyakit tersebut. Selanjutnya, Pemohon II dan III merupakan ibu dari anak-anak yang mengidap penyakit kelainan otak dan saraf dan ingin memberikan upaya pengobatan dengan memberikan pengobatan berupa *cannabis oil* (minyak ganja) berdasarkan informasi yang didapatkan dari Pemohon I, namun Pemohon I – Pemohon III tidak dapat memberikan pengobatan dengan *cannabis oil* (minyak ganja) kepada anaknya karena adanya ketentuan larangan penggunaan Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan dalam Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika, sehingga Pemohon I-III merasa telah dirugikan hak dan/atau konstitusionalnya (*vide* Perbaikan Permohonan hal. 6-16).
- b. Bahwa Pemohon IV – Pemohon VI yang merupakan Badan Hukum Privat merasa memiliki kepentingan atas permohonan pengujian pasal-pasal *a quo* karena Pemohon IV – Pemohon VI melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam bidang sosial dan kemanusiaan untuk mendorong terwujudnya sistem peradilan pidana, melaksanakan kegiatan penanggulangan AIDS dan

pengendalian NAPZA, serta memiliki kepentingan kontribusi untuk mewujudkan reformasi kebijakan narkoba agar lebih berkeadilan dan menjunjung tinggi Hak Asasi Manusia (HAM) setiap orang, terutama orang yang menggunakan narkoba untuk kepentingan pengobatan terhadap dirinya (*vide* Perbaikan Permohonan hal. 16-19).

Bahwa para Pemohon dalam petitumnya memohon sebagai berikut:

1. Menerima dan mengabulkan seluruh permohonan pengujian Undang-Undang yang diajukan oleh Para Pemohon untuk seluruhnya;
2. Menyatakan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkoba bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 sepanjang tidak dibaca “Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan “Narkoba Golongan I” adalah narkoba yang dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan pelayanan kesehatan dan atau terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan”.
3. Menyatakan Pasal 8 ayat (1) Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkoba bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat.
4. Memerintahkan pemuatan putusan ini dalam Berita Negara Republik Indonesia sebagaimana mestinya.

Atau apabila Majelis Hakim Konstitusi berpendapat lain, mohon putusan yang seadil-adilnya (*ex aequo et bono*).

II. KETERANGAN DPR

Terhadap dalil para Pemohon sebagaimana diuraikan dalam permohonan yang diajukan kepada Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi, DPR menyampaikan keterangan dengan terlebih dahulu menguraikan mengenai kedudukan hukum (*legal standing*) Para Pemohon sebagai berikut

A. Kedudukan Hukum (*Legal Standing*) Para Pemohon

Terkait kedudukan hukum (*legal standing*) para Pemohon dalam pengujian UU *a quo* secara materiil, terdapat batasan kerugian konstitusional sebagai berikut:

1. Adanya hak dan/atau kewenangan konstitusional para Pemohon yang diberikan oleh UUD NRI Tahun 1945;
2. Bahwa hak dan/atau kewenangan konstitusional para Pemohon tersebut dianggap oleh Para Pemohon telah dirugikan oleh suatu undang-undang yang diuji;
3. Bahwa kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional para Pemohon yang dimaksud bersifat spesifik (khusus) dan aktual atau setidaknya bersifat potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi;
4. Adanya hubungan sebab akibat (*causal verband*) antara kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional dengan undang-undang yang dimohonkan pengujian;
5. Adanya kemungkinan bahwa dengan dikabulkannya permohonan, maka kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional yang didalilkan tidak akan atau tidak lagi terjadi.

Bahwa terkait dengan kedudukan hukum para Pemohon, DPR memberikan pandangan selaras dengan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 22/PUU-XIV/2016 yang diucapkan dalam Sidang Pleno Mahkamah Konstitusi terbuka untuk umum pada hari tanggal 15 Juni 2016, yang pada pertimbangan hukum [3.5.2] Mahkamah Konstitusi menyatakan bahwa menurut Mahkamah:

...Dalam asas hukum dikenal ketentuan umum bahwa tiada kepentingan maka tiada gugatan yang dalam bahasa Perancis dikenal dengan *point d'interest*, *point d'action* dan dalam bahasa Belanda dikenal dengan *zonder belang geen rechtsingang*. Hal tersebut sama dengan prinsip yang terdapat dalam *Reglement op de Rechtsvordering (Rv)* khususnya Pasal 102 yang menganut ketentuan bahwa "tiada gugatan tanpa hubungan hukum" (*no action without legal connection*).

Berdasarkan pada hal-hal yang telah disampaikan tersebut, DPR memohon kepada Yang Mulia Hakim dan Ketua Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi agar menilai kedudukan hukum (*legal standing*) dalam pengajuan Permohonan *a quo* sesuai dengan parameter kerugian hak dan/atau kerugian konstitusional sebagaimana diatur dalam Pasal 51 ayat (1) UU MK, Putusan Perkara Nomor 006/PUU-III/2005, dan Putusan Perkara Nomor 011/PUU-V/2007.

DPR menyerahkan sepenuhnya penilaian terhadap pembuktian *Legal Standing* Para Pemohon tersebut kepada Mahkamah.

B. Pandangan Umum DPR

1. Bahwa narkotika merupakan zat atau obat yang bermanfaat dan diperlukan untuk pengobatan penyakit tertentu. Namun, jika disalahgunakan atau digunakan tidak sesuai dengan standar pengobatan dapat menimbulkan akibat yang sangat merugikan bagi perseorangan atau masyarakat khususnya generasi muda. Hal ini akan lebih merugikan jika disertai dengan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika yang dapat mengakibatkan bahaya yang lebih besar bagi kehidupan dan nilai-nilai budaya bangsa yang pada akhirnya akan dapat melemahkan ketahanan nasional.
2. Bahwa mengimpor, mengekspor, memproduksi, menanam, menyimpan, mengedarkan, dan/atau menggunakan narkotika tanpa pengendalian dan pengawasan yang ketat dan saksama serta bertentangan dengan peraturan perundang-undangan merupakan tindak pidana narkotika karena sangat merugikan dan merupakan bahaya yang sangat besar bagi kehidupan manusia, masyarakat, bangsa, dan negara serta ketahanan nasional Indonesia (*vide* Konsiderans Menimbang huruf d UU Narkotika).
3. Bahwa UU Narkotika merupakan undang-undang yang dibentuk sebagai pengganti dari undang-undang narkotika yang lama yang dianggap sudah tidak relevan terkait perkembangannya. Dalam Konsiderans Menimbang huruf e UU Narkotika disebutkan tindak pidana narkotika telah bersifat transnasional yang dilakukan dengan menggunakan modus operandi yang tinggi, teknologi canggih, didukung oleh jaringan organisasi yang luas, dan sudah banyak menimbulkan korban, terutama di kalangan generasi muda bangsa yang sangat membahayakan kehidupan masyarakat, bangsa, dan negara sehingga Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan situasi dan kondisi yang berkembang untuk menanggulangi dan memberantas tindak pidana tersebut sehingga perlu untuk dibentuk undang-undang tentang narkotika, yang saat ini menjadi UU Narkotika.
4. Bahwa dalam hal menanggulangi masalah narkotika sebagai masalah transnasional, Pemerintah Indonesia bekerja sama dengan berbagai

negara-negara di dunia termasuk dengan lembaga-lembaga di bawah naungan PBB seperti *United Nations Office on Drugs and Crimes* (UNODC) dan lembaga pelaksanaanya *The Commission on Narcotic Drugs* (CND) yang dibentuk *UN Economic and Social Council* (UN ECOSOC), serta *World Health Organization* (WHO).

5. Bahwa pada saat perkara ini disidangkan, usulan revisi UU Narkotika telah terdapat dalam Program Legislasi Nasional (Prolegnas) Tahun 2020-2024 dan masuk ke dalam Program Legislasi Nasional Rancangan Undang-Undang Prioritas (Prolegnas RUU Prioritas) Tahun 2021 pada nomor 26 (dua enam), dengan status usulan Pemerintah.
6. Bahwa saat ini terdapat berbagai perkembangan global terkait kebijakan pencegahan dan penanggulangan narkotika sebagai upaya bersama bangsa-bangsa di dunia karena persoalan narkotika menjadi persoalan transnasional. Beberapa perkembangan tersebut telah diadopsi menjadi kebijakan negara di Indonesia seperti menjadikan kebijakan penanganan narkotika tidak lagi semata dilakukan dengan pendekatan hukum namun juga mengedepankan aspek pendekatan kesehatan. Kemudian dalam hal penanganan terhadap para pengguna atau pecandu narkotika sebagai korban narkotika dikedepankan aspek pemulihan atau rehabilitasi dibandingkan dengan pemidanaan. Perkembangan-perkembangan ini juga menjadi masukan bagi rencana revisi atas UU Narkotika.

C. Pandangan DPR Terhadap Pokok Permohonan

Terhadap pengujian materiil yang diajukan oleh para Pemohon, DPR memberikan keterangan terkait dengan ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika sebagai berikut:

1. Bahwa berdasarkan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) UU Narkotika, narkotika digolongkan ke dalam:
 - a. Narkotika Golongan I, adalah narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan:
 - b. Narkotika Golongan II, adalah narkotika berkhasiat pengobatan digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam

- terapi dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan
- c. Narkotika Golongan III, adalah narkotika berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan
2. Bahwa selanjutnya berdasarkan Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 50 Tahun 2018 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika, contoh jenis narkotika berdasarkan golongannya, antara lain:
 - a. Narkotika Golongan I: opium mentah, tanaman koka, daun koka, kokain mentah, heroina, metamfetamina, dan tanaman ganja;
 - b. Narkotika Golongan II: ekgonina, morfin metobromida, dan morfina;
 - c. Narkotika Golongan III: etilmorfina, kodeina, polkodina, dan propiram.
 3. Bahwa para Pemohon mendalilkan di beberapa negara telah dilakukan legalisasi atas minyak ganja untuk pelayanan kesehatan (*vide* Perbaikan Permohonan hal. 31) sehingga terhadap dalil para Pemohon tersebut DPR berpandangan bahwa setiap negara mempunyai karakteristik tersendiri dalam memutuskan suatu pelegalisasian terhadap ganja atau minyak ganja untuk pelayanan kesehatan yang termasuk dalam golongan narkotika. Dengan mengingat bahwa untuk melegalisasikan ganja dibutuhkan penelitian secara ilmiah yang jelas dengan ilmu pengetahuan yang pasti dan membutuhkan waktu untuk melakukan penelitian tersebut, sehingga tidak dapat langsung serta merta dipersamakan karakteristik beberapa negara dengan negara Indonesia dalam melakukan pelegalisasian terhadap minyak ganja untuk pelayanan kesehatan, melainkan harus melalui beberapa tahapan terlebih dahulu, termasuk tahapan penelitian ilmiah.
 4. Pasal 7 UU Narkotika menyebutkan “Narkotika hanya dapat digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.” Dalam Penjelasan Pasal 7 UU *a quo* yang dimaksud dengan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi adalah penggunaan narkotika terutama untuk kepentingan pengobatan dan rehabilitasi, termasuk untuk kepentingan pendidikan, pelatihan,

penelitian, dan pengembangan serta keterampilan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah yang tugas dan fungsinya melakukan pengawasan, penyelidikan, penyidikan, dan pemberantasan peredaran gelap narkoba.

5. Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika melarang Narkotika Golongan I digunakan untuk kepentingan kesehatan; sementara pada ayat (2) nya disebutkan dalam jumlah terbatas, Narkotika Golongan I dapat digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan untuk reagensia diagnostik, serta reagensia laboratorium setelah mendapatkan persetujuan menteri atas rekomendasi Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan.
6. Bahwa penggolongan narkoba dan pelarangan Narkotika Golongan I untuk kepentingan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada Penjelasan Pasal 6 ayat (1) dan rumusan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika adalah kebijakan hukum terbuka atau *open legal policy*. Penggolongan narkoba penting dilakukan untuk dapat membuat pengaturan selanjutnya dalam hal penggunaannya, pengujiannya, dan penegakan hukumnya ketika terjadi penyalahgunaan, serta penelitiannya. Sementara itu, dalam hal menentukan jenis-jenis narkoba yang ditetapkan ke dalam suatu golongan narkoba tertentu adalah kebijakan yang harus didasarkan kepada metode ilmiah. Oleh sebab itu, untuk melakukan perubahan kebijakan atas suatu jenis narkoba untuk ditempatkan pada narkoba golongan tertentu terdapat tahapan penting yang harus dilakukan, yakni penelitian ilmiah.
7. Bahwa lembaga yang melakukan penelitian sebagaimana dimaksud di atas merupakan lembaga yang diselenggarakan oleh Pemerintah ataupun swasta setelah mendapat izin dari Menteri Kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 13 ayat (1) UU Narkotika. Penelitian yang dilakukan terhadap Narkoba Golongan I dilakukan berdasarkan standar profesi penelitian kesehatan sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kemudian dari hasil penelitian tersebut akan ditemukan informasi ilmiah yang membuktikan kebenaran atau tidak kebenaran hipotesis, yaitu penggunaan/pemanfaatan Narkoba

Golongan I dapat atau tidak untuk keperluan medis, dan dilanjutkan dengan menguji penerapannya untuk tujuan praktis. Hal ini sesuai dengan penjelasan Pasal 42 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU Kesehatan) yang menyatakan bahwa penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dilakukan untuk menghasilkan, salah satunya mengenai informasi kesehatan untuk mendukung pembangunan kesehatan. Selain itu dilakukannya penelitian tersebut juga bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada masyarakat dari bahaya Narkotika Golongan I yang berpotensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan.

8. Mengingat tingkat ketergantungan Narkotika Golongan I sangat tinggi dan berbahaya untuk kesehatan, maka sesuai dengan ketentuan yang berlaku hingga saat ini, Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan. Pemberian pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu kepada masyarakat merupakan tanggung jawab Negara sebagaimana diatur dalam ketentuan Pasal 54 ayat (1) dan ayat (2) UU Kesehatan. Oleh karena itu, Negara wajib mengontrol penggunaan Narkotika agar tidak disalahgunakan, di sisi lain Negara juga wajib menjamin pemenuhan hak untuk mendapat pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1) UUD NRI Tahun 1945.
9. Namun demikian, Negara berkewajiban memajukan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk kemajuan peradaban serta kesejahteraan umat manusia. Sesuai Pembukaan UUD NRI Tahun 1945, tujuan berdirinya negara Indonesia adalah memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Pemerintah sebagai pelaksana pemerintahan negara berkewajiban memenuhi hak setiap warga negara untuk memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi sebagaimana diamanatkan Pasal 28C ayat (1) UUD NRI Tahun 1945 dan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2019 tentang Sistem Nasional Ilmu Pengetahuan dan Teknologi serta berkewajiban untuk menjamin setiap warga negara hidup sejahtera lahir dan batin serta memperoleh pelayanan Kesehatan yang layak sebagaimana diamanatkan Pasal 28H ayat (1) UUD NRI 1945.

10. Pemerintah juga berkewajiban untuk mempelajari, mengumpulkan segala informasi terkait perkembangan penelitian dan kajian yang berkembang di berbagai belahan dunia, termasuk dalam hal penelitian terhadap jenis narkoba Golongan I, baik yang dilakukan oleh lembaga-lembaga penelitian yang kredibel maupun lembaga internasional seperti, *UN Office on Drugs and Crime*, *The Commission on Narcotics Drugs* dan *World Health Organization* serta tidak boleh menutup diri terhadap perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terjadi.
11. Lebih jauh, dalam hal menentukan kebijakan yang berdampak pada masyarakat luas, termasuk kebijakan narkoba yang akan dituangkan dalam revisi UU Narkoba, setelah mengumpulkan informasi dan mempelajari perkembangan penelitian yang ada, Pemerintah wajib melakukan riset, kajian atau penelitian ilmiah untuk menindaklanjuti hasil-hasil penelitian terkait narkoba tersebut dalam mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi nasional.
12. Kewajiban Pemerintah untuk melakukan penelitian terhadap Narkoba Golongan I sejalan dengan ketentuan Pasal 8 ayat (2) UU Narkoba dalam hal Narkoba Golongan I dalam jumlah terbatas dapat digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan untuk reagensia diagnostik, serta reagensia laboratorium setelah mendapatkan persetujuan Menteri atas rekomendasi Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan.
13. Berdasarkan *Report on the Reconvened Sixty-Third Session (2-4 Desember 2020)*, *Commission on Narcotics Drugs*, yang dikeluarkan *UN Economic and Social Council*, E/2020/28add.1, E/CN.72020/15Add.1, pada tanggal 2 Desember 2020, *the Commission on Narcotic Drugs* mengadakan voting terkait penghapusan *cannabis* dan *cannabis resin* dari *Schedule IV* Konvensi Tunggal tentang Narkoba 1961, sebagaimana tertuang pada *Decision 63/17, Deletion of cannabis and cannabis resin from Schedule IV of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol* yang disetujui oleh 27 negara, ditolak 25 negara, dan 1 negara abstain.

Voting ini dilakukan sebagai penyikapian atas hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh *Expert Committee on Drugs Dependence (ECDD)*, yaitu mekanisme expert di bawah *World Health Organization (WHO)*.

Terhadap hasil voting ini Pemerintah Indonesia telah menyampaikan sikapnya yang menyangkan hasil voting ini. Begitu pula BNN telah menyampaikan sikapnya pada tanggal 9 Desember 2020, yang pada intinya menyatakan sebagai berikut:

1. Pertama-tama perlu diluruskan pemberitaan tentang keputusan PBB untuk melegalisasi ganja. Yang sebenarnya terjadi adalah keputusan *Commission on Narcotics Drugs (CND)*, yaitu Komisi Fungsional di bawah ECOSOC PBB untuk menerima rekomendasi dari *Expert Committee on Drugs Dependence (ECDD)*, yaitu mekanisme *expert di bawah World Health Organization (WHO)*.
2. ECDD WHO pada tahun 2019 memberikan rekomendasi kepada CND untuk menghapus cannabis dan cannabis resin dari *Schedule IV Convention on Narcotics Drugs 1961* dan hanya berada pada *Schedule I Convention* dimaksud.
3. Rekomendasi ini mendapat pro dan kontra hingga pada Sidang Reconvened Sesi ke-63 CND di Wina, Austria, pada tanggal 2 Desember 2020, akhirnya dilakukan voting dengan hasil 27 negara menerima, 25 negara menolak, dan 1 negara abstain. Indonesia saat ini bukan negara anggota CND jadi tidak memiliki hak suara.
4. *Schedule IV Konvensi 1961* dibuat untuk substansi yang sangat berbahaya, tidak memiliki manfaat medis, serta berisiko sangat tinggi terhadap kesehatan. Sedangkan *Schedule I* dibuat untuk substansi yang dapat memiliki manfaat medis namun ada risiko penyalahgunaan yang sangat besar.
5. Hasil voting tersebut hanya berarti CND setuju untuk menerima rekomendasi ECDD WHO untuk menghapuskan cannabis dan cannabis resin dari *Schedule IV*. Namun cannabis dan cannabis resin masih tetap berada di *Schedule I Konvensi Narkotika 1961* yang artinya masih harus berada di bawah international control regime yang sangat ketat karena risiko penyalahgunaan yang besar. Penempatan cannabis dan cannabis resin pada *Schedule I Konvensi 1961* bukan berarti cannabis menjadi substansi legal untuk digunakan bagi keperluan rekreasional.
6. *Konvensi Narkotika 1961* mengakui kedaulatan negara dalam penerapan secara domestik. Sesuai pasal 39 *Konvensi Narkotika 1961*, negara anggota memiliki hak untuk menerapkan pengaturan dalam negeri sendiri yang lebih ketat, sesuai dengan pertimbangan masing-masing, apabila sebuah substansi dipandang berbahaya.

Catatan:

Article 39. Application of Stricter National Control Measures than those required by this convention.

Notwithstanding anything contained in this Convention, a Party shall not be, or be deemed to be, precluded from adopting measures of control more strict or severe than those provided by this Convention,

and in particular from requiring that preparations in Schedule III or drugs in Schedule II be subject to all or such of the measures of control applicable to drugs in Schedule I as in its opinion is necessary or desirable for the protection of the public health or welfare.

7. Dalam hal ini, Indonesia masih memiliki UU No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, di mana ganja dan turunannya masuk dalam golongan 1 (sangat berbahaya). Hasil kajian yang dilakukan oleh pakar-pakar kesehatan Indonesia pun menunjukkan hasil yang berbeda dengan rekomendasi WHO-ECDD, yang artinya perlu dilakukan kajian lagi lebih mendalam tentang karakter cannabis.
8. Harapan kami, masyarakat Indonesia yang mengikuti proses pembahasan ini juga dapat menyikapi dengan bijaksana dan dewasa bahwa Indonesia merupakan negara yang berdaulat dan mempunyai peraturan perundang-undangannya tersendiri.

Dengan demikian, sikap Pemerintah adalah menolak hasil Keputusan CND 63/17 tanggal 2 Desember 2020 tersebut.

14. DPR berpandangan bahwa sikap penolakan tersebut harus tetap diikuti dengan penelitian mendalam terhadap kajian-kajian WHO – *Expert Committe on Drugs Dependence* tersebut, jangan hanya berhenti pada sikap penolakan saja, sehingga sikap dan kebijakan Pemerintah tetap didasarkan pada metode ilmiah. Hasil tindak lanjut penelitian ini juga akan bermanfaat terhadap bahan masukan bagi revisi UU Narkotika yang telah masuk dalam Prolegnas RUU Prioritas Tahun 2021.
15. DPR berpandangan dalil-dalil para Pemohon beserta data-data dan fakta-fakta yang diajukan dalam persidangan, meskipun bukan persoalan konstitusional, tetap merupakan informasi yang penting yang harus ditindaklanjuti secara obyektif oleh Pemerintah dengan melakukan proses penelitian ilmiah lanjutan sebagai bahan perumusan kebijakan-kebijakan narkotika ke depan termasuk dalam pembentukan hukum ke depan.

III. KESIMPULAN KETERANGAN DPR

Terhadap dalil-dalil para Pemohon dalam Permohonannya, DPR memberikan pandangan yang dapat disimpulkan sebagaimana berikut:

1. Bahwa ketentuan pasal-pasal *a quo* yang dimohonkan juga dapat dikategorikan sebagai *open legal policy* pembentuk undang-undang karena pembentuk undang-undang diberikan keleluasaan dalam menentukan suatu aturan, larangan, kewajiban atau batasan-batasan yang dimuat dalam suatu norma undang-undang yang sedang dibuat yang merupakan pilihan kebijakan pembuat undang-undang sepanjang norma tersebut:

- a. Tidak bertentangan dengan UUD NRI Tahun 1945, misalnya tidak boleh merumuskan norma menetapkan anggaran pendidikan kurang dari 20% (dua puluh persen) APBN dan APBD, karena jelas bertentangan dengan Pasal 31 ayat (4) UUD NRI Tahun 1945.
 - b. Tidak melampaui kewenangan pembentuk undang-undang (*de tournement de pouvoir*), misalnya pembentuk undang-undang menyusun perubahan/amandemen UUD NRI Tahun 1945 yang merupakan kewenangan MPR RI
 - c. Tidak merupakan penyalahgunaan kewenangan (*willekeur*) (*vide* Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 010/PUU-III/2005).
2. Ketentuan pasal-pasal *a quo* yang dipermasalahkan dengan peristiwa-peristiwa yang didalilkan para Pemohon bukanlah persoalan konstitusionalitas yang menjadi ranah Mahkamah Konstitusi, namun persoalan-persoalan tersebut merupakan persoalan kemanusiaan yang tetap menjadi masalah yang harus dicarikan jalan keluarnya bagi pembentukan hukum ke depan, *ius contituendum*.
 3. Data-data dan fakta-fakta serta rujukan hasil penelitian yang diajukan oleh para Pemohon dapat dijadikan bahan yang bermanfaat untuk revisi UU Narkotika yang telah masuk dalam Prolegnas RUU Prioritas Tahun 2021.
 4. Pemerintah melalui lembaga ilmu pengetahuan yang mendapat izin Menteri Kesehatan diharapkan tetap melakukan kajian ilmiah terhadap perkembangan hasil penelitian yang dilakukan WHO – *Expert Committe on Drugs Dependence* dan penelitian-penelitian lainnya yang terkait, dengan menggunakan metode ilmiah yang kredibel sebagaimana amanat Pasal 8 ayat (2) *jo.* Pasal 13 ayat (1) UU Narkotika.

IV. PENUTUP

Demikian keterangan DPR disampaikan untuk menjadi bahan pertimbangan bagi Yang Mulia Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi untuk memeriksa, memutus, dan mengadili perkara *a quo* dan dapat memberikan putusan sebagai berikut:

- Menolak permohonan pengujian para Pemohon untuk seluruhnya;
Atau, apabila Yang Mulia Hakim Majelis Mahkamah Konstitusi berpendapat lain, mohon putusan yang seadil-adilnya (*ex aequo et bono*).

[2.4] Menimbang bahwa terhadap permohonan para Pemohon tersebut, Presiden menyampaikan keterangan secara lisan dalam persidangan tanggal 10 Agustus 2021 dan keterangan Presiden secara tertulis yang diterima Mahkamah pada tanggal 1 September 2021, yang pada pokoknya mengemukakan sebagai berikut:

I. POKOK PEMOHONAN PARA PEMOHON

Para Pemohon menguji ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika yang berbunyi sebagai berikut:

Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a

“Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan ‘Narkotika Golongan I’ adalah Narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan”.

Pasal 8 ayat (1):

“Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan”.

dianggap bertentangan dengan ketentuan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUDN RI 1945 yang berbunyi sebagai berikut:

Pasal 28C ayat (1):

“Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.”

Pasal 28H ayat (1):

“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.”

Adapun pokok permohonan para Pemohon sebagai berikut:

1. Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika mengakibatkan hilangnya hak para pemohon untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945:
 - a. Menurut Pemohon berdasarkan hasil penelitian di berbagai negara telah terbukti secara klinis narkotika Golongan I digunakan untuk pengobatan. Setidaknya di 40 negara di dunia Narkotika Golongan I (seperti tanaman ganja maupun turunan zat-zatnya seperti Cannabidiol (CBD) telah

- digunakan secara sah diakui secara hukum sebagai bagian dari pelayanan Kesehatan.
- b. Walaupun terbukti secara klinis bermanfaat untuk mengobati penyakit tertentu dan telah diadopsi di berbagai negara di dunia namun tidak dapat dimanfaatkan oleh para Pemohon sebagai bagian dari pelayanan Kesehatan yang merupakan hak konstitusional dari para Pemohon. Namun berdasarkan ketentuan pasal UU *a quo* bahan obat-obatan yang mengandung narkotika Golongan I tidak dapat digunakan dalam seluruh kegiatan yang merujuk pada jenis-jenis pelayanan kesehatan termasuk di dalamnya yaitu pelayanan kesehatan promotif, pelayanan kesehatan preventif, pelayanan kesehatan kuratif, pelayanan kesehatan rehabilitatif, dan pelayanan kesehatan tradisional;
 - c. Bahwa ketika negara dapat menjamin akses yang sah terhadap zat-zat dari kandungan narkotika Golongan I yang terbukti berkhasiat untuk pengobatan, maka negara juga dapat membuat kebijakan terkait pedoman penggunaannya baik untuk kepentingan kesehatan maupun kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan yang aman dan sah, sehingga dapat menurunkan risiko bahaya penyalahgunaannya. Akan tetapi, Indonesia dalam hal ini tidak dapat menerapkan kebijakan tersebut karena Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika melarang penggunaan zat-zat tersebut untuk kepentingan kesehatan. Padahal, di samping melakukan misi pencegahan terhadap penyalahgunaan obat-obatan, negara juga harus tetap memperhatikan kepentingan pelayanan kesehatan bagi masyarakat secara luas yang di satu sisi juga berhak untuk mendapatkan pengobatan yang bertujuan antara lain untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, dan pengendalian penyakit;
 - d. Bahwa mengenai mencegah atau menanggulangi penyalahgunaan, pada dasarnya negara dapat menerapkan sistem pengaturan seperti pada obat-obatan lainnya yang diatur oleh negara, bukan malah langsung menutup kemungkinan penggunaan salah satu golongan narkotika untuk kepentingan kesehatan;
2. Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika telah mengakibatkan hilangnya hak para pemohon untuk mendapatkan manfaat dari pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berupa manfaat

kesehatan dari Narkotika Golongan I sebagaimana diatur dalam Pasal 28C ayat (1) UUD 1945.

- a. Bahwa Konvensi 1961 tidak pernah melarang secara keseluruhan penggunaan narkotika Golongan I, pemanfaatannya hanya untuk alasan medis/pelayanan kesehatan dan ilmu pengetahuan. Sejalan dengan Konvensi 1961, UU Narkotika telah menyebutkan pentingnya pemanfaatan narkotika dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Pertama, dalam bagian pertimbangan UU Narkotika yaitu huruf c disebutkan bahwa narkotika di satu sisi merupakan obat atau bahan yang bermanfaat di bidang pengobatan atau pelayanan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Kedua, Pasal 4 huruf a UU Narkotika menyebutkan bahwa, “Undang-Undang tentang Narkotika bertujuan: (a) menjamin ketersediaan Narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi”;
 - b. Bahwa dalam Pasal 8 ayat (2) UU Narkotika memberikan peluang dilakukannya penelitian terhadap narkotika Golongan I dengan ketentuan bahwa “dalam jumlah terbatas, Narkotika Golongan I dapat digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan untuk reagensia diagnostik, serta reagensia laboratorium setelah mendapatkan persetujuan Menteri atas rekomendasi Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan”. Namun demikian, karena ketentuan penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika sehingga mengakibatkan hilangnya hak para Pemohon untuk mendapatkan manfaat pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi berupa hasil penelitian tentang manfaat kesehatan dari narkotika Golongan I.
3. Bahwa dalam petitem para Pemohon ingin menyatakan:
- a. Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU Narkotika bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUDN RI 1945 sepanjang tidak dibaca “Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan ”Narkotika Golongan I” adalah Narkotika yang dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan pelayanan kesehatan dan/atau terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan.”;

- b. Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUDN RI 1945;

II. KEDUDUKAN HUKUM (LEGAL STANDING) PARA PEMOHON

Bahwa terhadap kedudukan hukum (*legal standing*) para Pemohon, Pemerintah memberikan keterangan sebagai berikut:

1. Sesuai dengan ketentuan Pasal 51 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi, menyatakan bahwa Pemohon adalah perorangan WNI yang menganggap hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya dirugikan oleh berlakunya undang-undang.
2. Berdasarkan putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 006/PUU-III/2005 tanggal 31 Mei 2005 *jo* putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 11/PUU-V/2007 tanggal 20 September 2007, dan putusan Mahkamah Konstitusi selanjutnya telah secara tegas memberikan pengertian dan batasan kumulatif perihal kerugian konstitusional terkait dengan berlakunya suatu norma undang-undang, yaitu:
 - a. Adanya hak konstitusional Pemohon yang diberikan oleh UUD 1945;
 - b. Bahwa hak konstitusional tersebut dianggap oleh Pemohon telah dirugikan oleh suatu undang-undang yang diuji;
 - c. Kerugian konstitusional Pemohon yang dimaksud bersifat spesifik (khusus) dan aktual, atau setidaknya bersifat potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi;
 - d. Adanya hubungan sebab akibat (*causal verband*) antara kerugian dan berlakunya undang-undang yang dimohonkan untuk diuji; dan
 - e. Adanya kemungkinan bahwa dengan dikabulkannya permohonan maka kerugian konstitusional yang didalilkan tidak akan atau tidak lagi terjadi.
3. Bahwa para Pemohon mendalilkan kerugian konstitusionalnya akibat pasal *a quo* diantaranya:
 - a. Pemohon I, II, dan III adalah perorangan WNI yang merupakan ibu dari anak-anak yang menderita penyakit tertentu dengan menggunakan metode pengobatan dengan pemberian obat-obatan jenis Narkotika Golongan I. Para Pemohon sudah menghentikan pemakaiannya karena dilarang dan saat ini belum menemukan alternatif lainnya.

- b. Bahwa adanya ketentuan yang melarang penggunaan Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan telah menimbulkan kerugian konstitusional kepada Pemohon I, II, dan III secara aktual atau setidaknya berpotensi menghalangi Pemohon I, II, dan III untuk mendapatkan pengobatan yang dapat meningkatkan kualitas kesehatan dan kualitas hidup anaknya hingga taraf semaksimal mungkin yang dapat dijangkau.
- c. Bahwa Pemohon IV, V, VI adalah badan hukum privat yang merasa terhalangi untuk dapat melakukan kegiatan advokasi dan edukasi penggunaan narkotika untuk kepentingan pengobatan, hal ini telah melanggar hak konstitusional para Pemohon yang dilindungi oleh Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945.

Berdasarkan kedudukan hukum (*legal standing*) para Pemohon, Pemerintah memberikan pandangan sebagai berikut:

1. Menurut Pemerintah perlu dipertanyakan kepentingan para Pemohon apakah sudah tepat sebagai pihak yang menganggap hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya dirugikan oleh berlakunya ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika. Juga apakah terdapat kerugian konstitusional para Pemohon yang dimaksud bersifat spesifik (khusus) dan aktual atau setidaknya bersifat potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi, dan apakah ada hubungan sebab akibat (*causal verband*) antara kerugian dan berlakunya Undang-Undang yang dimohonkan untuk diuji;
2. Para Pemohon tidak dirugikan hak konstitusional karena masih dapat menikmati hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan yang baik dan sehat serta memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana yang diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1) UUDNRI 1945. Para Pemohon masih dapat menggunakan Narkotika jenis tertentu (Golongan II dan Golongan III) untuk tujuan pengobatan atau terapi namun tetap di bawah pengawasan yang ketat sehingga tidak melanggar hukum karena harus menggunakan Narkotika Golongan I yang memang hanya diperuntukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan saja.
3. Bahwa para Pemohon tidak melanggar hak konstitusional sebagaimana yang diamanatkan dalam Pasal 28C ayat (1) UUDN RI 1945. Justru para Pemohon

telah memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi dengan adanya manfaat atas Narkotika yang dilegalkan penggunaan oleh peraturan perundang-undangan sesuai dengan penggolongan atau peruntukannya. Para Pemohon dapat terlindungi dan terhindar dari pemakaian atau penyalahgunaan atas Narkotika dengan mengetahui Narkotika jenis tertentu yang diperbolehkan untuk pengobatan dan terapi.

4. Terhadap kedudukan hukum Pemohon I, II, dan III:
 - a. Bahwa pemohon yang mendalilkan dirinya sebagai perorangan WNI sebagai ibu dari anak-anak yang menderita penyakit tertentu dengan menggunakan metode pengobatan dengan pemberian obat-obatan jenis Narkotika Golongan I, merupakan dalil yang tidak dapat dibenarkan dan telah melanggar hukum karena pemakaian Narkotika Golongan I yang di larang untuk digunakan di Indonesia.
 - b. Dalam hal ini Pemerintah menanyakan atas dalil-dalil para pemohon diantaranya:
 - 1) Apakah benar dalil yang menyatakan Narkotika Golongan I dapat menyembuhkan penyakit anaknya, dengan bukti seperti apa dan bukti tersebut dapatkah dipertanggungjawabkan secara hukum?
 - 2) Bagaimana para Pemohon mendapatkan bukti-bukti tersebut padahal perbuatan tersebut dilarang secara hukum?
 - 3) Jika bukti-bukti tersebut didapatkan secara medis, bagaimana proses memperolehnya dan dimana diperolehnya?
 - 4) Mengapa para Pemohon mendalilkan terhadap seluruh jenis Narkotika Golongan I dan tidak mendalilkan nama diantara jenis Narkotika Golongan I? Apakah semua jenis Narkotika Golongan I dapat digunakan sebagai pengobatan dan terapi untuk penyembuhan suatu penyakit tanpa terkecuali?
 - 5) Bagaimana jika hanya satu jenis saja diantara Narkotika Golongan I yang hanya dapat menyembuhkan?
 - 6) Bagaimana terhadap Narkotika Golongan I yang tidak dapat menyembuhkan sebagaimana dalil para Pemohon?
 - c. Berdasarkan pertanyaan tersebut Pemerintah ingin meyakinkan apakah dalil para Pemohon hanya berdasarkan asumsi dimana para Pemohon tidak memiliki keahlian di bidang medis atau berdasarkan analisa/diagnosa

secara medis serta kebenaran dengan menunjukkan bukti-bukti yang nyata dan benar karena menurut pandangan Pemerintah hal tersebut tidak dapat dilakukan secara medis sebagaimana ketentuan yang diatur dalam Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika “Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan”.

- d. Larangan tersebut secara hukum tetap masih berlaku baik bagi para Pemohon maupun dalam kepentingan pelayanan kesehatan, yang jika benar dalil-dalil para Pemohon diperolehnya secara medis beserta bukti-buktinya maka baik bagi para Pemohon dan pelaksana/tenaga pelayanan kesehatan dapat dipidana dengan dalil penyalahgunaan Narkotika Golongan I.
- e. Berdasarkan hal tersebut maka Pemerintah dapat meyakinkan bahwa dalil-dalil para Pemohon mengandung unsur melawan hukum dan bukti-bukti yang diperoleh sebagai dalil para Pemohon merupakan bukti yang ilegal dengan memperolehnya secara melawan hukum.
- f. Sebagai argumentasi terhadap dalil para Pemohon, jika pasal yang diuji telah melanggar hak-hak konstitusional para Pemohon seharusnya para Pemohon tidak melakukan tindakan yang melawan hukum akan tetapi dilakukan tanpa harus melakukan perbuatan melawan hukum yakni dengan melakukan pencarian bukti-bukti atau fakta yang secara hukum tidak melawan hukum dengan cara:
 - 1) mencari bukti-bukti secara medis yang dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya serta hasil penelitian sebagaimana dalil para Pemohon.
 - 2) bukti-bukti medis tersebut diperoleh berdasarkan pengujian laboratorium dan eksperimen di luar wilayah Indonesia atau di negara yang penggunaan Narkotika Golongan I tidak dilarang.

Sehingga cara yang demikian akan menjadi bukti-bukti yang diperoleh dengan cara yang tidak melawan hukum.

Berdasarkan argumentasi tersebut maka secara jelas dalil-dalil para Pemohon merupakan dalil yang keliru dan tidak dapat digunakan sebagai dalil kerugian konstitusional.

5. Terhadap kedudukan hukum Pemohon IV, V, VI:

- a. Bahwa pasal *a quo* tidak dapat digunakan sebagai dalil para Pemohon yang merasa terhalangi atau tidak dapat melakukan kegiatan advokasi dan edukasi sebagaimana yang didalilkan oleh para Pemohon.
- b. Alasan para Pemohon tidak beralasan secara hukum karena para Pemohon tetap masih dapat menjalankan tugas dan fungsinya dengan memberikan advokasi dan edukasi tanpa terhalangi dengan keberlakuan pasal *a quo* berdasarkan tata cara yang telah ditentukan berdasarkan prosedur yang ada serta taat hukum terhadap larangan-larangan yang telah diatur dalam peraturan perundang-undangan (dibaca larangan penggunaan Golongan Narkotika I untuk digunakan dalam pengobatan dan terapi).
- c. Dengan tugas advokasi dan edukasi yang dilakukan oleh para Pemohon yang mengetahui adanya larangan sebagaimana pasal *a quo* yang diuji namun para Pemohon tetap melanggar larangan dimaksud maka secara hukum para Pemohon juga telah melakukan perbuatan melawan hukum.
- d. Sebagai profesional advokasi dan edukasi maka seharusnya para Pemohon dapat melaksanakan tugas-tugasnya secara tidak melawan hukum dan memahami hukum secara baik terhadap akibat hukum yang ditimbulkan jika tetap melakukan kegiatan secara melawan hukum.
- e. Larangan pasal *a quo* tersebut secara hukum tetap masih berlaku baik bagi para Pemohon maupun untuk kepentingan pelayanan kesehatan, yang jika benar dalil-dalil para Pemohon diperoleh secara melawan hukum dan jika mengetahuinya namun tidak melapor kepada yang berwajib maka dapat dipidana karena ikut serta dalam melawan hukum terhadap penyalahgunaan Narkotika Golongan I.

Berdasarkan alasan-alasan tersebut diatas maka Pemerintah berkeyakinan bahwa dalil-dalil para pemohon merupakan dalil yang mengandung unsur melawan hukum, penyalahgunaan Narkotika Golongan I dan unsur melawan hukum ikut serta penyalahgunaan Narkotika Golongan I yang jika dibuktikan berdasarkan bukti-bukti maka bukti tersebut diperolehnya secara melawan hukum. Sehingga terhadap dalil-dalil para Pemohon I, II, III, IV, V, VI menjadi cacat hukum yang tidak dapat digunakan sebagai alasan pengujian terhadap ketentuan Pasal *a quo* UU Narkotika. Sehingga adalah tepat jika Yang Mulia Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi secara bijaksana menyatakan para

Pemohon tidak memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) serta permohonan para Pemohon tidak dapat diterima. Namun apabila Yang Mulia Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi berpendapat lain, Pemerintah menyampaikan keberatan atas kedudukan hukum para Pemohon.

III. PENJELASAN PEMERINTAH TERHADAP MATERI YANG DIMOHONKAN OLEH PARA PEMOHON

Terhadap dalil para Pemohon, Pemerintah menyampaikan pandangan sebagai berikut:

A. Penjelasan Umum

1. Bahwa untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur yang merata materiil dan spiritual berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, kualitas sumber daya manusia Indonesia sebagai salah satu modal pembangunan nasional perlu dipelihara dan ditingkatkan secara terus-menerus, termasuk derajat kesehatannya. Untuk meningkatkan derajat kesehatan sumber daya manusia Indonesia dalam rangka mewujudkan kesejahteraan rakyat perlu dilakukan upaya peningkatan di bidang pengobatan dan pelayanan kesehatan, antara lain dengan mengusahakan ketersediaan Narkotika jenis tertentu yang sangat dibutuhkan sebagai obat. Narkotika merupakan zat atau obat yang sangat bermanfaat dan diperlukan di bidang pengobatan untuk penyakit tertentu atau bermanfaat bagi pelayanan kesehatan dan untuk pengembangan ilmu pengetahuan. Walaupun memiliki manfaat, Narkotika juga dapat menimbulkan akibat yang sangat merugikan apabila disalahgunakan atau digunakan tidak sesuai dengan standar pengobatan serta tanpa pengendalian dan pengawasan yang ketat dan saksama. Selain itu, mengakibatkan bahaya yang lebih besar bagi kehidupan dan nilai-nilai budaya bangsa yang pada akhirnya akan dapat melemahkan ketahanan nasional.
2. Penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika bukan lagi menjadi permasalahan nasional suatu bangsa, tetapi merupakan permasalahan bangsa-bangsa di dunia. Penyalahgunaan narkotika di dunia yang terus mengalami peningkatan, sebagaimana juga terjadi di Indonesia, berdasarkan data Badan Narkotika Nasional (BNN) yang bekerja sama

dengan Pusat Penelitian Masyarakat dan Budaya LIPI angka prevalensi penyalahgunaan narkoba nasional pada tahun 2019 menunjukkan bahwa 240 dari 10.000 penduduk Indonesia (2,40% setara 4.534.744 jiwa)) berumur 15-64 tahun terpapar pernah memakai narkoba, atau 180 dari 10.000 penduduk Indonesia (1,8% setara 3.419.188 jiwa) berumur 15-64 tahun terpapar memakai narkoba selama 1 (satu) tahun terakhir. Adapun tiga jenis narkoba yang paling banyak dikonsumsi adalah tertinggi ganja sebanyak 65,5%, diikuti sabu sebanyak 38% dan ekstasi sebanyak 18%. Untuk penyalahguna mengonsumsi lebih dari satu jenis narkoba (*multiple drug*) sebesar 43,00%. Kasus narkoba jenis ganja pada Maret 2020 terdapat 3.555 jumlah kasus dengan data jumlah sitaan barang bukit ganja berupa daun ganja (11.472.173,82 gram), pohon ganja (350.868 batang), luas area ganja (12 Ha), biji ganja (31,17 gram) dan hashish (552,45 gram) (sumber: Polri dan BNN, Maret 2020). Sehingga, Pemerintah Indonesia akan terus memberikan perhatian khusus pada penyalahgunaan narkoba, psikotropika dan zat adiktif lainnya tanpa mengabaikan manfaat bagi bidang kedokteran dan ilmu pengetahuan.

3. Melalui Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (sebelumnya Undang-Undang Nomor 22 Tahun 2007 tentang Narkotika) yang kemudian diubah menjadi mengatur mengenai pemanfaatan Narkotika untuk kepentingan pengobatan dan kesehatan serta mengatur tentang rehabilitasi medis dan sosial. Dalam Undang-Undang ini mengatur juga mengenai Prekursor Narkotika karena Prekursor Narkotika merupakan zat atau bahan pemula atau bahan kimia yang dapat digunakan dalam pembuatan Narkotika dengan melakukan penggolongan terhadap jenis-jenis Prekursor Narkotika. Dengan adanya Undang-Undang ini dibantu dengan peran serta dari semua pihak diharapkan dapat melindungi masyarakat dari bahaya penyalahgunaan Narkotika dan mencegah serta memberantas peredaran gelap Narkotika yang semakin meningkat baik secara kuantitatif maupun kualitatif dengan korban yang meluas, terutama di kalangan anak-anak, remaja, dan generasi muda pada umumnya.

- B. Larangan Narkotika Golongan I untuk Kepentingan Pelayanan Kesehatan atau Terapi

1. Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semisintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan (Pasal 1 angka 1 UU Narkotika). Sesungguhnya penggunaan Narkotika tidaklah dilarang selama digunakan sesuai dengan standar pengobatan serta di bawah pengendalian serta pengawasan yang ketat dan seksama. Diakui bahwa Narkotika merupakan obat atau bahan yang bermanfaat di bidang pengobatan atau pelayanan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Namun penggunaan Narkotika memiliki efek yang ditimbulkan berupa penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, bahkan sampai dapat menimbulkan ketergantungan. Ketergantungan penggunaan Narkotika ditandai oleh dorongan untuk menggunakan Narkotika secara terus-menerus dengan takaran yang meningkat agar menghasilkan efek yang sama dan apabila penggunaannya dikurangi dan/atau dihentikan secara tiba-tiba, menimbulkan gejala fisik dan psikis yang khas (seperti rasa sakit atau lelah yang luar biasa). Bahaya yang ditimbulkan dari efek penggunaan Narkotika hingga timbulnya ketergantungan sangat merugikan dan membahayakan kesehatan bagi perseorangan atau masyarakat khususnya generasi muda bahkan bahaya yang lebih besar bagi kehidupan dan nilai-nilai budaya bangsa yang pada akhirnya akan dapat melemahkan ketahanan nasional. Oleh karena itu, menurut Pemerintah menjadi alasan yang logis untuk diatur pembatasan penggunaannya.
2. Pengaturan Narkotika terbagi ke dalam beberapa golongan dan peruntukannya dijabarkan dalam Penjelasan Pasal 6 ayat (1) UU Narkotika, yaitu:
 - a. Narkotika Golongan I adalah Narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan.
 - b. Narkotika Golongan II adalah Narkotika berkhasiat pengobatan digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi

- dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan; dan
- c. Narkotika Golongan III adalah Narkotika berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan.

Adapun uraian jenis dari masing-masing golongan narkotika tersebut disebutkan dalam Lampiran UU Narkotika dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2021 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika. Adanya penggolongan ini berdasarkan kesepakatan internasional dan pertimbangan kepentingan nasional. Berdasarkan penggolongan dari ketiga Narkotika tersebut dapat disimpulkan sebagai berikut bahwa hanya Narkotika Golongan III yang mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan, sedangkan potensi yang sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan kepada pemakainya adalah Narkotika Golongan I. Dari akibat pengaruh ketergantungan yang ditimbulkan tersebut maka sangat logis jika Narkotika Golongan I hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmunipengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi serta dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan, berbeda dengan Narkotika Golongan III yang dapat digunakan baik untuk pengobatan, terapi, dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan. Bahkan dalam revisi Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 akan dimasukkan pengaturan terkait dengan Zat Psikoaktif Baru dalam Narkotika Golongan I jenis baru mengingat potensi bahaya yang dapat ditimbulkannya.

3. Merupakan *open legal policy* pembentuk undang-undang dibedakan klasifikasi narkotika dan kegunaannya yang bertujuan untuk mempermudah mengetahui penggolongan dan peruntukannya. Sehingga jika petitum Pemohon dikabulkan terhadap Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a “Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan ”Narkotika Golongan I” adalah Narkotika yang dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan pelayanan kesehatan dan atau terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan” serta menghapus larangan Narkotika Golongan I untuk digunakan dalam

elayanan kesehatan (vide Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika) adalah alasan yang tidak dapat dibenarkan dan akan mengancam kesehatan masyarakat bahkan bahaya yang lebih besar bagi kehidupan dan nilai-nilai budaya bangsa yang pada akhirnya akan dapat melemahkan ketahanan nasional. Tidak dapat diabaikan efek jangka panjang yang ditimbulkan berupa ketergantungan sangat tinggi apabila digunakan untuk pelayanan kesehatan dan terapi. Oleh karena itu adalah tepat dan tegas dinyatakan dalam UU Narkotika bahwa Narkotika Golongan I ini memang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan. Jika permohonan para Pemohon ini dikabulkan, membuat Mahkamah Konstitusi menjadi *Positive Legislator*. Adanya pembatasan serta pengaturan jenis pelarangan dalam Golongan Narkotika serta pengawasan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan BPOM, serta Badan Narkotika Nasional dalam menyusun dan melaksanakan kebijakan nasional mengenai pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkotika dan Prekursor Narkotika, sehingga bukan ranah Mahkamah Konstitusi untuk memutus jenis-jenis pelarangan dalam Golongan Narkotika khususnya Narkotika Golongan I baik itu yang dapat digunakan dalam pelayanan kesehatan, terapi maupun dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sebagaimana yang didalilkan oleh para Pemohon. Para Pemohon dapat mengajukan *legislative review* kepada pembentuk undang-undang terkait perubahan pengaturan golongan narkotika khususnya Narkotika Golongan I.

4. Larangan penggunaan ganja (*Cannabis*) sebagai pengobatan atau terapi
 - a. Indonesia merupakan negara kepulauan yang terdiri dari kurang lebih 17.000 pulau dengan populasi mencapai 270 juta penduduk. Kondisi ini menyulitkan upaya pengawasan terhadap penyalahgunaan zat yang diawasi. Saat ini di Indonesia, ganja tidak digunakan untuk tujuan medis karena belum ada bukti manfaat klinik. Hasil sintesis dari senyawa yang terdapat di ganja juga belum didukung oleh hasil uji pengembangan obat yang baik. Dengan demikian kalangan medis tidak menggunakan ganja dan produk turunannya pada saat ini.

Meskipun saat ini di Amerika Serikat, salah satu kandungannya yaitu canabidiol dapat memberikan efek antiepilepsi dan sudah di *approve* oleh FDA pada 28 Juni 2018 dengan nama Epidiolex, tapi di Indonesia terdapat *drug of choice* epilepsi yaitu gabapentin, asam valproat dan sebagainya.

- b. Ganja mengandung senyawa-senyawa terpenoid fenol (fitocannabinoid) kurang lebih 120 yang digolongkan menjadi 11 tipe cannabinoid. Sebagian besar kandungan tersebut menimbulkan efek psikoaktif yang dikenal dengan canabimimetik (efek khas yang dimiliki oleh cannabis karena ikatannya dengan reseptor CB1, seperti efek antinoseptif, katalepsi, hipotermia, hipomobility, dan lain-lain). Dengan mempertimbangkan faktor-faktor tersebut, penetapan penggolongan ganja pada Narkotika Golongan I dirasa sudah tepat untuk kondisi saat ini.
- c. Bahwa kandungan utama dari ganja adalah THC sehingga berefek psikoaktif, sedangkan yang bermanfaat untuk medisnya adalah kombinasi antara kandungan THC dan CBD. Tanaman ganja yang dapat digunakan sebagai *medical cannabis*, adalah tanaman ganja yang telah dilakukan rekayasa genetik, agar mendapatkan kadar CBD yang lebih tinggi dibandingkan kadar THC nya. Jenis *cannabis* yang tumbuh di Indonesia, bukanlah jenis *cannabis* yang dapat digunakan untuk pengobatan, karena kandungan THC nya jauh lebih besar dari pada kandungan CBD nya. *Cannabis* dan produk turunannya serta zat aktif yang terkandung pada tanaman *cannabis*, masih dimasukkan ke dalam Narkotika Golongan I yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan.
- d. Tanaman *cannabis* saat ini di Indonesia mempunyai efek yang merugikan jauh lebih besar dibandingkan manfaatnya, penggunaan ganja memiliki kecenderungan digunakan untuk kebutuhan rekreasi ketimbang medis. Tingginya kasus sitaan ganja di Indonesia menunjukkan bahwa ganja banyak disalahgunakan untuk kepentingan rekreasional. Sehingga, apabila legalisasi ganja diterapkan di

Indonesia akan menimbulkan permasalahan yaitu peningkatan kemungkinan angka kesakitan dan kematian yang disebabkan penggunaan ganja, mengingat sistem penjaminan kesehatan yang diterapkan (BPJS kesehatan) harus mencakup pelayanan medis karena penggunaan zat berbahaya untuk rekreasi.

- e. Penggunaan ganja untuk tujuan rekreasi telah digunakan secara ilegal. Beberapa pengungkapan kasus oleh penegak hukum menunjukkan di Indonesia masih terdapat penanaman ganja dan perdagangan serta penggunaan ganja untuk tujuan rekreasi (pengungkapan kasusnya besar). Ciri khas penggunaan zat berbahaya untuk tujuan rekreasi adalah dosis yang tidak terkendali. Dengan demikian dampak buruk penggunaannya akan membahayakan pengguna maupun masyarakat sekitar. Kecenderungan masyarakat yang mudah menerima apapun yang masuk dalam kehidupannya, akan menimbulkan masalah apabila tidak ada pelarangan penggunaan ganja, sehingga dikhawatirkan masyarakat akan menggunakannya baik untuk tujuan rekreasi maupun “pengobatan”.
- f. Adapun dampak yang dapat muncul akibat penggunaan yang salah untuk ganja adalah sebagai berikut:
 1. Risiko toksisitas seperti halusinasi, delusi, gangguan jantung, pernafasan, pencernaan dan dalam jangka panjang otak akan bekerja lamban dan gangguan kognitif lainnya, muncul gejala psikotik seperti depresi dan schizofrenia.
 2. Kemungkinan penggunaan pada anak, ibu hamil dan menyusui.
 3. Peningkatan kasus gangguan tumbuh kembang pada anak dan remaja.
 4. Peningkatan kemungkinan angka kesakitan dan kematian yang disebabkan penggunaan ganja, mengingat sistem penjaminan kesehatan yang diterapkan belum mencakup pelayanan medis karena penggunaan zat berbahaya untuk rekreasi.
 5. Peningkatan kasus kecelakaan lalu lintas karena penggunaan ganja.
 6. Peningkatan kasus kanker paru karena penggunaan rokok ganja.
 7. Peningkatan kasus gangguan saluran nafas.
 8. Peningkatan risiko gangguan kejiwaan.

9. Penurunan kinerja di tempat kerja.

Dampak tersebut akan membebani sistem pembiayaan kesehatan.

Berdasarkan pertimbangan di atas maka terkait dengan upaya untuk mengeluarkan ganja dari list di konvensi internasional, Pemerintah berpendapat bahwa sebaiknya ganja dan produk turunannya serta zat aktif yang terkandung pada tanaman *Cannabis*, masih dimasukkan ke dalam list bahan yang dilarang digunakan (*Schedule IV* dalam Konvensi 1961).

g. Bahwa mendalilkan ganja bermanfaat mengobati penyakit tertentu, menurut Pemerintah hal itu merupakan reaksi yang bersifat sementara atau jangka pendek. Para Pemohon tidak melihat efek atau risiko yang dapat ditimbulkan dalam jangka panjang apabila digunakan secara terus menerus tanpa pengendalian dan pengawasan yang ketat dan saksama. Sehingga manfaat yang dirasakan tidak sebanding dengan risiko yang ditimbulkan. Berdasarkan hal tersebut, para Pemohon masih diberi alternatif pengobatan atau penyembuhan yang lain dan aman sesuai dengan kebutuhannya sebagaimana yang dilegalkan baik oleh peraturan perundang-undangan maupun secara ilmu kesehatan.

5. Narkotika Golongan I untuk Pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi

a. Negara memiliki kewajiban untuk dapat mengelola narkotika demi kesehatan, kesejahteraan dan juga pengembangan ilmu pengetahuan masyarakat dan bangsa. Dalam hal pengembangan derajat kesehatan dan sumber daya manusia Indonesia, memiliki keterkaitan dengan proses pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, termasuk pengembangan yang melibatkan Narkotika Golongan I. Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan terapi namun masih diperbolehkan dalam jumlah yang sangat terbatas serta dalam pengawasan yang ketat dapat digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terutama untuk kepentingan reagensia diagnostik dan reagensia laboratorium setelah mendapatkan persetujuan dari Menteri Kesehatan dan rekomendasi dari Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan (vide Pasal 8 ayat (2) UU Narkotika).

- b. Yang dimaksud dengan *Reagensia diagnostik* adalah Narkotika Golongan I tersebut secara terbatas dipergunakan untuk mendeteksi suatu zat/bahan/benda yang digunakan oleh seseorang apakah termasuk jenis Narkotika atau bukan. Sedangkan yang dimaksud *reagensia laboratorium* adalah Narkotika Golongan I tersebut secara terbatas dipergunakan untuk mendeteksi suatu zat/bahan/benda yang disita atau ditentukan oleh pihak Penyidik apakah termasuk jenis Narkotika atau bukan. Sehingga jika dianalisis lebih jauh Pasal 8 beserta Penjelasannya merupakan norma yang mengatur dibolehkannya Narkotika Golongan I digunakan (setelah semua larangan penggunaan Narkotika Golongan I baik bagi pelayanan Kesehatan maupun terapi), namun dengan jumlah yang terbatas dan dibawah pengawasan serta persetujuan dari Menteri Kesehatan. Hal ini berarti menegaskan kembali adanya alasan yang sangat mendasar dari pembentuk Undang-Undang melihat kandungan serta bahaya yang dimiliki oleh Narkotika Golongan I ini sehingga hanya sebagian kecil yang diperbolehkan untuk digunakan atau dimanfaatkan.
6. Pemerintah berpendapat tidak terdapat kerugian konstitusional (*constitutional rights*) yang dialami oleh para Pemohon, dalil kerugian yang diuraikan dalam permohonan merupakan implementasi norma (*constitutional complaint*) yang dalam implementasinya para Pemohon kurang pemahaman dalam penerapan atau keberlakuan pasal *a quo* sehingga Pemerintah memandang tidaklah tepat jika hal tersebut sebagai alasan untuk mengajukan *judicial review* di Mahkamah Konstitusi. Bagi para Pemohon dapat memberi masukan atau data ke Pemerintah (baik ke BNN, BPOM, maupun Kementerian Kesehatan) terkait adanya penelitian atau penggunaan Narkotika yang dapat dipertanggungjawabkan untuk diterapkan di Indonesia.
7. Bahwa permohonan para Pemohon tidak jelas dan kabur (*obscuur libel*) karena dalil-dalil yang diuraikan dalam permohonan para Pemohon yang diinginkan atau dicontohkan adalah pemakaian ganja namun dalam Petition para Pemohon adalah Narkotika Golongan I yang bermakna keseluruhan dari jenis di dalam Narkotika Golongan I yang ingin diperbolehkan pemakaiannya dalam pelayanan kesehatan, terapi dan ilmu

pengetahuan dan teknologi.

8. Bahwa tidak ada pertentangan antara Pasal *a quo* dengan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) karena para Pemohon masih dapat memperoleh pelayanan Kesehatan secara legal dan bukan melakukan hal yang dilarang oleh peraturan perundang-undangan serta dengan keberadaan Pasal *a quo* bagi sebagian orang masih dapat memperoleh manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terutama untuk kepentingan pengobatan dan rehabilitasi, termasuk untuk kepentingan Pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan serta keterampilan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah yang tugas dan fungsinya melakukan pengawasan, penyelidikan, penyidikan, dan pemberantasan peredaran gelap Narkotika. Penggunaan Narkotika untuk kepentingan Pendidikan, pelatihan dan keterampilan adalah termasuk untuk kepentingan melatih anjing pelacak Narkotika dari pihak Kepolisian Negara RI, Bea dan Cukai dan Badan Narkotika Nasional serta instansi lainnya.

IV. PETITUM

Berdasarkan keterangan tersebut di atas, Pemerintah memohon kepada Yang Mulia Ketua/Majelis Hakim Konstitusi Republik Indonesia yang memeriksa, mengadili, dan memutus permohonan pengujian (*constitutional review*) ketentuan Pasal *a quo* Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, dapat memberikan putusan sebagai berikut:

1. Menerima Keterangan Presiden secara keseluruhan;
2. Menyatakan bahwa para Pemohon tidak mempunyai kedudukan hukum (*legal standing*);
3. Menolak permohonan pengujian para Pemohon seluruhnya atau setidaknya menyatakan permohonan pengujian para Pemohon tidak dapat diterima (*niet onvankelijke verklaard*); dan
4. Menyatakan ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika tidak bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Atas perkenan dan perhatian Yang Mulia Ketua/Anggota Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi diucapkan terima kasih.

Presiden juga menyampaikan keterangan tambahan yang diterima Mahkamah pada 30 Desember 2021, yang pada pokoknya sebagai berikut:

Menindaklanjuti persidangan Mahkamah Konstitusi tanggal 10 Agustus 2021 atas permohonan pengujian ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika terhadap ketentuan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, berikut Pemerintah sampaikan tambahan keterangan Presiden dan jawaban atas pertanyaan beberapa Hakim Mahkamah Konstitusi yang pada pokoknya sebagai berikut:

I. TAMBAHAN KETERANGAN PRESIDEN

1. Sebelum Pemerintah menyampaikan tambahan keterangan Presiden dan jawaban atas pertanyaan beberapa Hakim Mahkamah Konstitusi, Pemerintah juga perlu kiranya terlebih dahulu menyampaikan politik hukum atas penggunaan narkotika di Indonesia:
 - a. Dalam rangka memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia sebagaimana pembukaan UUD Tahun 1945 dan Pasal 11 ayat (2) UUD Tahun 1945 maka Presiden membuat perjanjian internasional, oleh karena itu Indonesia meratifikasi Konvensi Tunggal Narkotika 1961 melalui Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1976 tentang Pengesahan Konvensi Tunggal Narkotika 1961 Beserta Protokol Yang Mengubahnya.
 - b. Untuk mengatur penggunaan narkotika dan untuk mencegah serta menanggulangi bahaya-bahaya yang dapat ditimbulkan oleh akibat sampingan dari penggunaan dan penyalahgunaan narkotika, Indonesia telah membentuk Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1976 tentang Narkotika sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika. Sebagai upaya penyesuaian dengan perkembangan situasi dan kondisi yang berkembang untuk

menanggulangi dan memberantas tindak pidana yang dapat membahayakan kehidupan masyarakat, bangsa, dan negara maka Indonesia kembali melakukan perubahan ketentuan terkait dengan Narkotika melalui Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (selanjutnya disebut UU Narkotika).

- c. Perubahan ketentuan terkait dengan Narkotika melalui UU Narkotika tersebut meneguhkan pula tujuan dari UU Narkotika yang menyeimbangkan pendekatan kriminal dengan pendekatan kesehatan, sebagaimana disebutkan dalam Pasal 4, yang menyatakan bahwa Undang-Undang tentang Narkotika bertujuan:
 - 1) menjamin ketersediaan Narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
 - 2) mencegah, melindungi, dan menyelamatkan bangsa Indonesia dari penyalahgunaan Narkotika;
 - 3) memberantas peredaran gelap Narkotika dan Prekursor Narkotika; dan;
 - 4) menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi Penyalah Guna dan pecandu Narkotika.
- d. Berdasarkan UU Narkotika disebutkan bahwa Narkotika merupakan zat atau obat yang dapat bermanfaat di bidang pengobatan atau pelayanan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan, namun jika digunakan tidak sesuai dengan standar pengobatan maka Narkotika dapat menimbulkan ketergantungan yang dapat merugikan bagi tubuh manusia.
- e. Untuk membawa negara Indonesia menjadi lebih baik dan lebih maju, sebagai upaya pencegahan terhadap hal-hal yang bernilai negatif dan dirungkinkan berpotensi memberikan efek buruk terhadap generasi muda penerus bangsa maka negara Indonesia terus memberikan penjagaan yang ketat agar generasi muda Indonesia tidak terjerumus ke dalam hal-hal yang merugikan khususnya ketergantungan terhadap Narkotika karena telah melakukan penyalahgunaan Narkotika, yang mana hal tersebut sangat berpotensi merusak generasi muda yang

pada akhirnya akan melemahkan ketahanan nasional negara Indonesia di masa mendatang.

- f. Pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkotika dan Prekursor Narkotika merupakan upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan sumber daya manusia Indonesia, yang dilakukan secara sinergis dan berkesinambungan sehingga tujuan negara untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan UUD Tahun 1945 dapat terlaksana dengan baik.
2. Banyaknya opini yang beredar tentang khasiat ganja untuk kepentingan medis, membuat masyarakat bertanya-tanya apakah legalisasi ganja di Indonesia adalah langkah yang tepat dan harus diambil oleh pemerintah. Berdasarkan UU Narkotika, ganja masuk dalam Narkotika Golongan I, dengan alasan bahwa ganja mengandung senyawa-senyawa *terpenoid fenol (fitocannabinoid)* kurang lebih 120 yang digolongkan menjadi 11 *tipe cannabinoid*. Sebagian besar kandungan tersebut menimbulkan efek *psikoaktif* yang dikenal dengan *cannabinomimetik* (efek khas yang dimiliki oleh *cannabis* karena ikatannya dengan *reseptor* CB1, seperti efek *antinosiseptif, katalepsi, hipotermia, hipomobility*, dan lain-lain). Kandungan utama dalam ganja adalah *delta-9-tetrahydrocannabinol (THC)*. THC merupakan senyawa psikoaktif utama yang bertanggungjawab atas sebagian besar efek psikologis ganja. Efek zat aktif ini menimbulkan denyut jantung atau nadi lebih cepat, mulut dan tenggorokan kering, merasa lebih santai, banyak bicara dan bergembira, sulit mengingat sesuatu kejadian, kesulitan kinerja yang membutuhkan konsentrasi, reaksi yang cepat dan koordinasi, gangguan kebiasaan tidur, sensitif dan gelisah, berkeringat, berfantasi, dan selera makan bertambah, memicu tindakan agresif bahkan cenderung melakukan tindak kekerasan, saat putus zat, penggunaannya akan menyebabkan sakit kepala, mual yang berkepanjangan, rasa letih atau capek. Secara keseluruhan THC menimbulkan ketergantungan psikis dan penyalahgunaannya dalam jangka panjang akan menyebabkan penurunan kinerja seseorang dan pada akhirnya menimbulkan penurunan mental.

3. Ganja dapat dengan mudah tumbuh subur di beberapa wilayah di Indonesia. Mengingat keadaan geografis dan luasnya wilayah Indonesia sehingga **akan** sangat sulit dalam pengawasannya, maka sudah sepatutnya pengaturan mengenai ganja haruslah diperhatikan dengan sangat seksama.
4. Penelitian oleh Universitas Airlangga tahun 2011 terkait relaps pada pecandu NAPZA yang telah direhabilitasi menyebutkan, risiko terbesar kekambuhan atau relaps adalah tingkat pengetahuan individu tentang NAPZA dan lingkungan sebaya yang mendukung. Relaps dapat terjadi apabila individu bergaul kembali dengan teman-teman pemakai narkoba atau bandarnya. Pada situasi ini individu tidak dapat menahan keinginan yang merupakan sugesti untuk menggunakan kembali NAPZA. Angka kekambuhan dari pecandu yang pernah dirawat pada berbagai pusat terapi dan rehabilitasi semakin tinggi yaitu 60% sampai dengan 80%.
5. Saat ini terdapat berbagai perkembangan global terkait kebijakan pencegahan dan penanggulangan narkotika sebagai upaya bersama bangsa-bangsa di dunia karena persoalan narkotika menjadi persoalan yang bersifat transnasional. Dalam hal menanggulangi masalah narkotika sebagai masalah transnasional, pemerintah Indonesia telah bekerja sama dengan berbagai negara-negara di dunia, termasuk dengan lembaga-lembaga di bawah naungan PBB seperti *United Nation Office on Drugs and Crime (UN ODC)* dan lembaga pelaksanaannya yaitu *The Commission on Narcotic Drugs (CND)* yang dibentuk oleh *UN Economic and Social Council (UN ECOSOC)*, serta *World Health Organization (WHO)*, sebagai upaya untuk mendapatkan masukan dalam penanganan atau penanggulangan Narkotika yang bersifat transnasional.

II. TANGGAPAN PEMERINTAH ATAS PERTANYAAN HAKIM ANGGOTA MAJELIS MAHKAMAH KONSTITUSI

A. Yang Mulia Hakim Konstitusi Enny Nurbaningsih:

1. a. Bagaimana gambaran terhadap dampak ketergantungan "sangat tinggi, tinggi dan ringan" serta kondisi manusia yang mengalami ketergantungan tersebut?
- b. Salah satu kandungan ganja yaitu cannabidiol dapat memberikan efek antiepilepsi dan sudah di approve oleh FDA pada 28 Juni 2018 dengan nama Epidiolex. Apakah *cannabidiol* memiliki efek ketergantungan yang sangat tinggi juga?

Terhadap pertanyaan tersebut, Pemerintah menyampaikan Jawaban sebagai berikut:

- a. Untuk menentukan tingkat ketergantungan, salah satu metode pengukuran ketergantungan yang dapat digunakan adalah metode yang ditetapkan oleh *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5)*, yang menggambarkan pola penggunaan zat memabukkan yang bermasalah dan mengarah kepada gangguan atau penderitaan yang signifikan secara klinis dengan 10 atau 11 kriteria diagnostik yang terjadi dalam periode 12 bulan. Kriteria tersebut sebagai berikut:
 - 1) Zat tersebut sering diambil dalam jumlah yang lebih besar atau dalam jangka waktu yang lebih lama dari yang dimaksudkan.
 - 2) Ada keinginan yang terus-menerus atau usaha yang gagal untuk mengurangi atau mengontrol penggunaan zat tersebut.
 - 3) Banyak waktu dihabiskan dalam kegiatan yang diperlukan untuk mendapatkan zat, menggunakan zat, atau pulih dari efeknya.
 - 4) Adanya keinginan atau dorongan yang kuat untuk menggunakan zat.
 - 5) Penggunaan zat yang berulang mengakibatkan kegagalan untuk memenuhi kewajiban utama di tempat kerja, sekolah, atau rumah.
 - 6) Penggunaan zat terus berlanjut meskipun memiliki hubungan sosial atau masalah interpersonal yang berulang yang disebabkan atau diperburuk oleh efek penggunaannya.
 - 7) Kegiatan sosial, pekerjaan, atau rekreasi yang penting dihentikan

atau berkurang karena penggunaan zat tersebut.

- 8) Penggunaan zat berulang dalam situasi di mana secara fisik berbahaya.
- 9) Penggunaan zat dilanjutkan meskipun mengetahui memiliki masalah fisik atau masalah psikologis yang mungkin disebabkan atau diperburuk oleh zat tersebut.
- 10) Toleransi, sebagaimana didefinisikan oleh salah satu dari berikut ini:
 - a) Kebutuhan akan jumlah zat yang meningkat secara nyata untuk mencapai intoksikasi atau efek yang diinginkan.
 - b) Efek yang sangat berkurang dengan terus menggunakan jumlah zat yang sama.
- 11) Gejala putus obat/zat (*withdrawal*), seperti yang ditunjukkan oleh salah satu dari berikut ini:
 - a) Sindrom gejala putus obat/zat karakteristik untuk zat itu (sebagaimana ditentukan dalam DSM-5 untuk setiap zat).
 - b) Penggunaan zat (atau zat yang terkait erat) untuk meredakan atau menghindari gejala putus obat/zat.

Dari kriteria tersebut di atas, bagi mereka yang memiliki dua atau tiga kriteria dianggap memiliki ketergantungan "ringan", mereka yang memiliki empat atau lima kriteria dianggap memiliki ketergantungan "sedang", dan mereka yang memiliki enam kriteria atau lebih dianggap memiliki ketergantungan "berat/tinggi".

- b. Walaupun FDA telah menyetujui satu produk obat turunan ganja berupa Epidiolex (*cannabidiol*), dan tiga produk obat terkait ganja sintetis berupa Marinol (*dronabinol*), Syndros (*dronabinol*), dan Cesamet (*nabilone*) yang hanya tersedia dengan resep dari penyedia layanan kesehatan berlisensi, namun FDA belum menyetujui produk ganja, turunan ganja, atau cannabidiol (CBD) lainnya yang saat ini tersedia di pasaran dan belum menyetujui aplikasi pemasaran ganja untuk pengobatan penyakit atau kondisi apa pun.

Suatu produk obat yang sudah *di-approve* oleh FDA, tidak serta merta dengan sendirinya harus diikuti oleh suatu negara lain karena perbedaan budaya, tingkat pendidikan, tingkat ekonomi bisa

mempengaruhi suatu negara sehingga negara dapat membuat regulasi yang diperlukan untuk melindungi warga negaranya.

Jika produk obat yang sudah *di-approve* oleh FDA namun tidak ada perusahaan obat yang mengajukan izin edarnya di Indonesia kepada BPOM maka produk obat tersebut tidak akan diberikan izin edar. Untuk mendapatkan izin edar, obat harus memenuhi aspek *safety, efficacy, and quality*. Setelah memenuhi seluruh aspek *safety, efficacy, and quality* maka selanjutnya para ahli akan mempertimbangkan risiko dan manfaat atas suatu obat.

Dalam hal suatu obat memiliki ketergantungan yang sangat tinggi namun mempunyai manfaat yang sangat besar, bisa saja diterima di suatu negara, contohnya morfin.

Rekomendasi dari NHS/NICE terhadap penggunaan *cannabis* adalah belum cukup bukti untuk digunakan dalam pelayanan kesehatan dan/atau terapi. Semua *cannabis* memiliki efek ketergantungan yang tinggi. Epidiolex pun yang sudah *di-approve* oleh FDA bukti penelitiannya masih terbatas, hanya digunakan untuk pengobatan tipe epilepsi tertentu yang kasusnya sangat sedikit.

2. Apakah Pemerintah sudah cukup menyediakan pengobatan terhadap penyakit-penyakit Cerebral Palsy dan Epilepsi? Jenis obat apa sajakah yang dapat mengobati penyakit-penyakit tersebut? Bagaimana dengan ketersediaan obatnya? Apakah ada data yang bisa menggambarkan sejauh mana kesembuhan dari penyakit-penyakit tersebut dengan pengobatan yang disediakan oleh Pemerintah?

Terhadap pertanyaan tersebut, Pemerintah menyampaikan Jawaban sebagai berikut:

Dalam hal pengobatan epilepsi, Menteri Kesehatan telah menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/367/2017 tanggal 2 Agustus 2017 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Epilepsi Pada Anak.

Pemerintah sudah cukup menyediakan obat-obat anti epilepsi. Jenis obat anti epilepsi yang tersedia di Indonesia adalah:

No.	Nama Obat	Fasilitas Kesehatan		
		TKI Puskesmas dan Klinik Pratama	TK 2 RS Kelas C dan D	TK3 RS Kelas A dan B
1.	Diazepam			
2.	Fenitoin			
3.	Fenobarbital			
4.	Karmabazepin			
5.	Klonazepam			
6.	Lamotrigin	-		
7.	Levetirasetam	-	-	
8.	Magnesium sulfat			
9.	Okskarbazepin	-		
10.	Topiramet	-		
11.	Valproat			
12.	Klonazepam	-		
13.	Gabapentin	-		
14.	Perampanel*	-	-	-
15.	Pregabalin	-		
16.	Zonisamid	-	-	
	*(belum tersedia di Formularium Nasional namun sudah tersedia di Indonesia)			

Ketersediaan obat-obatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dipengaruhi oleh sarana dan Sumber Daya Manusia yang kompeten untuk menggunakan obat-obat tersebut.

Obat-obatan untuk pengobatan Cerebral Palsy yang disertai dengan epilepsi sama dengan obat-obatan untuk pengobatan penyakit epilepsi, namun pemberiannya tergantung pada gejala yang ditimbulkan. Dalam pengobatan Cerebral Palsy lebih untuk menaikkan fungsi dan mengurangi kekakuan pada syaraf. Cerebral Palsy merupakan penyakit yang menetap

(permanen) namun dapat diperbaiki fungsional ototnya dengan penanganan sebagai berikut:

- a. Medikasi Oral: *Diazepam, Baclofen*
- b. *Physical Therapy*
- c. Terapi Okupasi
- d. *Injeksi Botulinum Toxin*
- e. *Selective Dorsal Rhizotomy*
- f. Operasi seperti *splinting*

Studi saat ini menunjukkan bahwa tidak ada cukup bukti untuk mendukung penggunaan *cannabinoids* untuk *spastisitas pediatrik* terkait Cerebral Palsy di luar uji klinis yang kuat.

3. Terkait obat-obatan yang disediakan oleh Pemerintah, apakah memang sama sekali tidak ada kandungan narkotikanya? Apakah narkotika golongan II atau golongan III juga dapat dipergunakan untuk pengobatan? Apakah tidak ada unsur dari jenis penggolongan Narkotika yang dimungkinkan dipergunakan untuk pengobatan? Jika ada untuk pengobatan apa?

Terhadap pertanyaan tersebut, Pemerintah menyampaikan Jawaban sebagai berikut:

Obat-obatan untuk pengobatan penyakit Epilepsi dan Cerebral Palsy tidak mengandung Narkotika.

Narkotika Golongan II dan Narkotika Golongan III yang digunakan sebagai obat antara lain:

No.	Nama Obat	Kategori Narkotika (Gol. II atau Gol. III)	Untuk Pengobatan
1.	fentanil	Gol. II	untuk nyeri hebat dan nyeri kronik pada pasien kanker
2.	hidromorfon	Gol. II	nyeri sedang hingga berat pada pasien kanker
3.	kodein	Gol. III	nyeri ringan sampai sedang; diare; untuk batuk kering, untuk nyer! kanker

4.	morfin	Gol. II	untuk meredakan dan menghilangkan nyeri hebat yang tidak dapat diobati dengan obat penghilang rasa sakit non narkotik yaitu nyeri akibat
			trombosis koroner, neoplasma, kolik renal atau kolik empedu, oklusi akut pembuluh darah perifer, pulmoner atau koroner, perikarditis akut, pleuritis dan pneumotoraks spontan, trauma (misal luka bakar), fraktur (patah tulang) dan nyeri pasca bedah..
5.	oksikodon	Gol. 11	nyeri sedang hingga berat pada pasien kanker, nyeri pasca bedah; nyeri berat
6.	petidin	Gol. II	nyeri sedang sampai berat; analgesia obstetrik; analgesia perioperatif
7.	sufentanil	Gol. II	Intravena: analgesik tambahan selama induksi dan pemeliharaan keseimbangan anestesi umum, anestesi induksi dan anestesi pemeliharaan pada pasien yang menjalani prosedur operasi besar. Epidural: pengendalian nyeri pasca operasi umum, operasi toraks atau tulang dan operasi caesar.

Penggunaan Narkotika Golongan II dan Narkotika Golongan III harus dengan resep dan dalam pengawasan dokter.

4. Sejauh mana perkembangan dari penggolongan narkotika ini? Apakah ada perkembangan terbaru dari penggolongan ini? Apa dasar yang digunakan untuk penggolongan narkotika (jika menggunakan Konvensi 61 sudah sangat lama, sementara sudah banyak perkembangan-perkembangan terbaru)

Terhadap pertanyaan tersebut, Pemerintah menyampaikan Jawaban sebagai berikut:

Penggolongan narkotika sudah jauh berkembang dari Konvensi Narkotika 1961. Setiap tahun secara internasional dilakukan pertemuan *Commission on Narcotics Drugs* (CND) yang membahas mengenai pergerakan perubahan golongan narkotika yang sudah ada. Meski demikian, Konvensi Narkotika 1961 mengakui kedaulatan negara dalam penerapan secara domestik. Sesuai Pasal 39 Konvensi Narkotika 1961, negara anggota memiliki hak untuk menerapkan pengaturan dalam negeri sendiri yang lebih ketat, sesuai dengan pertimbangan masing-masing, apabila sebuah substansi dipandang berbahaya.

Article 39. Application of Stricter National Control Measures than those required by this convention.

Notwithstanding anything contained in this Convention, a Party shall not be, or be deemed to be, precluded from adopting measures of control more strict or severe than those provided by this Convention, and in particular from requiring that preparations in Schedule III or drugs in Schedule II be subject to all or such of the measures of control applicable to drugs in Schedule I as in its opinion is necessary or desirable for the protection of the public health or welfare.

Indonesia telah meratifikasi Konvensi Tunggal Narkotika 1961 melalui Undang-Undang RI Nomor 8 Tahun 1976 tentang Pengesahan Konvensi Tunggal Narkotika 1961 Beserta Protokol Yang Mengubahnya. Berdasarkan Pasal 6 Ayat (3) beserta penjelasannya jo. Pasal 1 angka 22 UU Narkotika, diatur bahwa ketentuan mengenai perubahan penggolongan Narkotika atau penyesuaian penggolongan Narkotika

haruslah berdasarkan kesepakatan internasional dan pertimbangan kepentingan nasional, yang diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan. Oleh sebab itu Menteri Kesehatan memiliki kewenangan untuk melakukan perubahan penggolongan narkotika.

Memperhatikan adanya kecepatan perubahan golongan narkotika dan sesuai Pasal 6 ayat (3) UU Narkotika, Menteri Kesehatan membentuk Komite Nasional Perubahan Penggolongan Narkotika, Psikotropika dan Prekursor yang bertugas melakukan analisis dan kajian terhadap zat psikoaktif baru (*New Psychoactive Substances/NPS*) yang dapat menimbulkan masalah kesehatan.

Perbandingan jumlah jenis Narkotika berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Perubahan Penggolongan Narkotika:

Jenis Narkotika	Permenkes 44/2019	Permenkes 5/2020	Permenkes 22/2020	Permenkes 4/2021
Golongan I	175 jenis	182 jenis	184 jenis	191 jenis
Golongan II	91 jenis	91 jenis	91 jenis	91 jenis
Golongan III	15 jenis	15 jenis	15 jenis	15 jenis

Terkait adanya keputusan *Commission on Narcotics Drugs (CND)*, pada Sidang Reconvened Sesi ke-63 CND di Wina, Austria, tanggal 2 Desember 2020, yaitu menghapuskan cannabis dan cannabis resin dari *Schedule IV* namun cannabis dan cannabis resin masih tetap berada di *Schedule I* Konvensi Narkotika 1961. *Schedule IV* Konvensi 1961 dibuat untuk substansi yang sangat berbahaya, tidak memiliki manfaat medis, serta beresiko sangat tinggi terhadap kesehatan, sedangkan *Schedule I* dibuat untuk substansi yang dapat memiliki manfaat medis namun ada resiko penyalahgunaan yang sangat besar.

Berdasarkan keputusan CND tersebut maka cannabis dan cannabis resin berada di bawah *international control regime* yang sangat ketat karena resiko penyalahgunaan yang besar. Penempatan cannabis dan cannabis resin pada *Schedule I* Konvensi 1961 bukan berarti cannabis menjadi substansi legal untuk digunakan bagi keperluan rekreasional.

Pasal 39 Konvensi Narkotika 1961 menyebutkan bahwa negara anggota memiliki hak untuk menerapkan pengaturan dalam negeri sendiri yang lebih ketat, sesuai dengan pertimbangan masing-masing, apabila sebuah substansi dipandang berbahaya. Maka bila dihubungkan dengan Pasal 8 Ayat (1) serta Penjelasan Pasal 6 Ayat (1) Huruf a UU Narkotika, dimana Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan Kesehatan, maka yang berlaku adalah peraturan perundang-undangan nasional yaitu UU Narkotika, oleh karena itu sudah tepat apabila penggunaan Narkotika Golongan I khususnya **ganja dilarang** untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan terapi di Indonesia.

Sesuai dengan penjelasan diatas, yang diubah berdasarkan keputusan CND adalah cannabis dan cannabis resin (dalam UU Narkotika masuk dalam jenis Narkotika Golongan I) yang semula termasuk dalam Schedule IV dipindahkan ke Schedule I Konvensi 1961. Sementara Pemohon dalam permohonannya pada pokoknya meminta agar Narkotika Golongan I dapat digunakan untuk pelayanan Kesehatan dan atau terapi, yang berarti tidak hanya ganja namun terdapat setidaknya ada 191 jenis Narkotika Golongan I dalam Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2021 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika yang dimohonkan oleh Pemohon untuk dapat digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan terapi di Indonesia, yang artinya akan sangat berdampak terhadap penyalahgunaan Narkotika.

B. Yang Mulia Hakim Konstitusi Suhartoyo:

1. Apakah Pemerintah khawatir kalau keran ini dibuka maka akan berdampak pada kesulitan untuk dikendalikan, atau sesungguhnya memang manfaat narkotika golongan I sebenarnya sudah terserap di golongan II dan golongan III. Sehingga mau tidak mau manfaat narkotika golongan I khusus untuk pengobatan itu, kemudian digeser, seolah-olah ditutupi bahwa untuk apa dibuka keran untuk narkotika golongan I?

Terhadap pertanyaan tersebut, Pemerintah menyampaikan Jawaban sebagai berikut:

- a. Berdasarkan data yang diperoleh dari Pusat Penelitian Data dan

Informasi Badan Narkotika Nasional RI dalam kurun 6 Tahun terakhir, menunjukkan jumlah sitaan barang bukti narkotika golongan I, dengan 3 (tiga) terbesar sebagai berikut:

No	Jenis	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1.	Ganja (kg)	28.701	13.889	151.785	41.266	63.212	53.574
2.	Shabu (Kg)	4.565	2.631	7.454	8.231	4.848	7.805
3.	Ekstasi (Tablet) .000	1.594	1.682	1.543	1.594	1.682	1.543

Data dari Deputi Pemberantasan **BNN** Maret 2021 juga menunjukkan harga narkotika yang dipasaran Indonesia, sebagai berikut:

Jenis	Ganja (/gram) Rp	Shabu (/gram) Rp	Ekstasi (/tablet) Rp
Terendah	1.000,00	550.000,00	175.000,00
Tertinggi	7.500,00	3.250.000,00	1.250.000,00

- b. Berdasarkan survei prevalens: penyalahgunaan Narkoba Tahun 2019 **BNN** RI dengan UPI, menunjukkan jenis narkoba yang terbanyak dipakai setahun terakhir pakai adalah:
- i. Ganja sebesar 65% (narkotika golongan I)
 - ii. Benzodiazepine sebesar 38,00% (psikotropika)
 - iii. Shabu, Yaba, SS (Methampethamines) sebesar 33,60% (narkotika golongan I)
 - iv. Ekstasi (inex, XTC, Cece, Happy Five) sebesar 18,70% (narkotika golongan I)
 - v. Pil Koplo, BK Mbiat, Roda sebesar 14,60% (psikotropika)
- c. Data-data tersebut di atas menunjukkan penyalahgunaan narkotika dalam golongan I khususnya terhadap Ganja sangat tinggi, disamping itu jumlah sitaan daun ganja yang cukup besar, dengan harga yang relatif murah, menjadikan ganja adalah narkotika golongan I yang banyak terjadi penyalahgunaannya disamping tanaman ganja yang juga dari beberapa kasus diungkap tumbuh cukup banyak yang tersebar di beberapa daerah di Indonesia.

- d. Saat ini di Indonesia ganja tidak digunakan untuk tujuan medis karena belum ada bukti keamanan, khasiat, maupun mutunya yang diperoleh melalui serangkaian pengujian preklinik maupun klinik yang valid. Senyawa hasil isolasi dari ganja maupun hasil modifikasi kimianya serta analog sintesisnya, bila ada, belum didukung oleh proses penemuan dan pengembangan obat (*drug discovery and development*) yang baik sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dengan demikian kalangan medis tidak menggunakan ganja dan produk turunannya untuk tujuan pengobatan.
- e. Sebagaimana disebutkan dalam UU Narkotika bahwa **Narkotika Golongan I tidak terbatas pada ganja**. Dalam Lampiran UU Narkotika disebutkan 65 (enam puluh lima) jenis Narkotika Golongan I, diantaranya: Opium mentah; Opium Masak; Tanaman koka; Daun koka; Kokain mentah; Kokaina; Tanaman ganja, semua tanaman genus *cannabis* dan sem11a bagian dari tanaman termasuk biji, buah, jerami, hasil olahan tanaman ganja atau bagian tanaman ganja termasuk damar ganja dan hasis; *Tetrahydrocannabinol*, dan semua isomer serta semua bentuk stereo kimianya; *Delta 9 tetrahydrocannabinol*, dan semua bentuk stereo kimianya.
- f. Sedangkan Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2021 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika menyebutkan ada 191 jenis Narkotika Golongan I, diantaranya tanaman opium mentah, opium masak, tanaman koka, daun koka, kokain mentah, kokaina, tanaman ganja, *Delta 9 tetrahydrocannabinol (THC)*.
- g. Berikut disampaikan beberapa contoh Narkotika Golongan I yang memiliki dampak ketergantungan tinggi:
- 1) Ganja

Berdasarkan Lampiran I UU Narkotika disebutkan "Tanaman ganja, semua tanaman genus *cannabis* dan semua bagian dari tanaman termasuk biji, buah, jerami, hasil olahan tanaman ganja atau bagian tanaman ganja termasuk damar ganja dan hasis", berdasarkan pengertian tersebut maka semua yang

berhubungan dengan tanaman ganja (termasuk ekstrak murni dari tanaman tersebut) termasuk dalam Narkotika Golongan I.

Ganja merupakan narkotika yang tingkat penyalahgunaannya jauh lebih tinggi dibanding manfaatnya dan di Indonesia dengan luas wilayah dan keadaan geografis yang beragam tanaman ganja dapat tumbuh dengan sangat subur dibandingkan dengan jenis tanaman Narkotika Golongan I lainnya, sehingga ganja lebih mudah didapatkan tanpa perlu melakukan impor seperti jenis Narkotika Golongan I lainnya, hal tersebut berpeluang besar terjadinya penyalahgunaan terhadap tanaman ganja, sehingga sudah sepatutnya pengaturan mengenai ganja haruslah diperhatikan dengan lebih seksama.

2) Kokain

Penyalahgunaan kokain dilakukan dengan cara dihirup dengan menggunakan penyedot atau gulungan kertas. Cara lain adalah dibakar bersama tembakau yang sering disebut *cocopuff*. Menghirup kokain berisiko luka pada sekitar lubang hidung bagian dalam. Konsumsi kokain bisa mengakibatkan komplikasi pada jantung, paru, ginjal, hati, saluran pencernaan, sistem syaraf otak maupun sistem syaraf lainnya.

Gangguan jantung yang terjadi biasanya berupa serangan jantung, gangguan irama jantung, kardiomiopati, dan peradangan otot jantung. Sementara itu, gangguan saluran pencernaan yang terjadi bisa berupa memperlambat saluran pencernaan dan menutupi selera makan. Lebih jauh lagi bisa terjadi kebocoran saluran cerna, peradangan usus besar dan iskemik usus. Semua efek itu memang tidak terjadi secara langsung, namun terjadi perlahan-lahan, sampai nantinya membawa penggunanya lebih dekat pada kematian. Para pecandu bisa mengalami kematian mendadak akibat menggunakan narkoba ini. Selain itu para pecandu kokain juga bisa mengalami gangguan seksual dan mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa yang terjadi antara lain cemas, depresi, paranoid, psikosis. Bahkan, pengguna kokain cenderung untuk melakukan bunuh diri.

3) Opium

Opiat atau opium disebut juga sebagai candu, merupakan golongan narkotika alami yang sering digunakan dengan cara dihisap (inhalasi). Penggunaannya dapat menimbulkan rasa kesibukan (*rushing sensation*) dan semangat yang menggebu-gebu. Penggunaannya juga merasakan waktu berjalan lambat, pusing, kehilangan keseimbangan/mabuk, birahi meningkat, dan timbul masalah kulit di sekitar mulut dan hidung.

- h. Berdasarkan uraian tersebut dan dilihat dari efek menimbulkan ketergantungannya, Narkotika Golongan I memiliki potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan, karenanya Narkotika Golongan I hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam pelayanan kesehatan.
- i. Meskipun banyak negara bagian di Amerika Serikat telah melegalkan ganja untuk penggunaan medis, namun bukti ilmiah hingga saat ini tidak cukup untuk mendapatkan persetujuan *United States Food and Drug Administration* (FDA) karena ada dua alasan utama:
 - 1) belum ada uji klinis yang cukup untuk menunjukkan bahwa manfaat ganja lebih besar daripada risiko kesehatannya. FDA memerlukan studi yang dilakukan dengan hati-hati pada ratusan hingga ribuan pasien untuk menentukan manfaat dan risiko.
 - 2) untuk dianggap sebagai obat yang sah, suatu zat harus memiliki bahan yang terdefinisi dengan baik dan terukur yang konsisten dari satu unit ke unit berikutnya (seperti pil atau suntikan). Konsistensi ini memungkinkan dokter untuk menentukan dosis dan frekuensi. Karena tanaman ganja mengandung ratusan senyawa kimia yang mungkin memiliki efek berbeda dan bervariasi dari satu tanaman ke tanaman lainnya, mengevaluasi seluruh tanaman sebagai obat sulit

dilakukan

- j. Terhadap Narkotika Golongan I yang dipandang sangat bermanfaat dan berkhasiat untuk pengobatan, dapat dilakukan perubahan penggolongan Narkotika atau penyesuaian penggolongan Narkotika dengan berdasarkan kesepakatan internasional dan pertimbangan kepentingan nasional, yang diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan (*vide* Pasal 6 Ayat (3) beserta penjelasannya UU Narkotika). Oleh sebab itu, apabila terhadap ganja yang saat ini termasuk Narkotika Golongan I dirasa sangat bermanfaat untuk terapi dan pengobatan, maka seharusnya Pemohon mengajukan perubahan penggolongan dengan mengajukan permohonan kepada Pemerintah melalui Menteri Kesehatan.
 - k. Dalam Posita Pemohon **hanya** menguraikan manfaat cannabis, yang dalam hal ini merupakan salah satu jenis Narkotika Golongan I, sedangkan dalam Petitumnya Pemohon meminta semua jenis Narkotika Golongan I dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan pelayanan kesehatan dan/atau terapi.
2. Di Indonesia untuk kepentingan-kepentingan obat tertentu menggunakan gabapentin, apakah kandungannya sebenarnya juga sama-sama berasa/ dari cannabidiol? Apakah kandungan cannabidiol ini diperoleh dari golongan II dan III saja sudah terpenuhi?

Terhadap pertanyaan tersebut, Pemerintah menyampaikan Jawaban sebagai berikut:

Gabapentin merupakan obat keras, bukan golongan narkotika dan tidak mengandung cannabidiol. Gabapentin adalah obat anti kejang yang juga memiliki efek relaksasi otot, sering digunakan dalam tata laksana nyeri karena gangguan saraf dan epilepsi.

Indikasi yang diklaim bahwa cannabidiol dapat memberikan efek anti kejang sudah dapat diatasi dengan banyak pilihan obat-obatan lain yang saat ini sudah ada dan **bukan golongan narkotika**.

[2.5] Menimbang bahwa untuk menguatkan keterangannya, Presiden telah mengajukan alat bukti surat/tulisan yang diberi tanda bukti PK-1 sampai dengan bukti PK-7, sebagai berikut:

1. Bukti PK-1: Fotokopi *The National Institute On Drug Abuse, Media Guide*;
2. Bukti PK-2: Fotokopi Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/367/2017 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Epilepsi Pada Anak;
3. Bukti PK-3: Fotokopi *Discussion Paper, Cannabis A Short Review*;
4. Bukti PK-4: Fotokopi *Indonesia Drugs Report 2020*, Pusat Penelitian, Data dan Informasi Badan Narkotika Nasional (PUSLITDATIN BNN);
5. Bukti PK-5: Fotokopi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2021 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika;
6. Bukti PK-6: Fotokopi Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/6485/2021 tentang Formularium Nasional;
7. Bukti PK-7: Fotokopi *Single Convention On Narcotic Drugs, 1961*.

Selain itu Presiden juga mengajukan alat bukti yang diberi tanda PK-1 sampai dengan PK-7, serta 6 (enam) orang Ahli bernama **Prof. Dr. dr. Rianto Setiabudy, Prof. Dr. Rer. Nat. Apt. Rahmana Emran Kartasasmita, M.SI., Dr. Uni Gamayani, dr. Sp. S (K)., Dr. Aris Catur Bintoro, Sp. S(K)., Brigjen Pol (P) Drs. Mufti Djusnir, M.SI, APT, dan Dr. Ahmad Redi, S.H., M.H.**, yang telah didengar keterangannya dalam persidangan yang diselenggarakan pada tanggal 20 Januari 2022 dan tanggal 7 Maret 2022, yang pada pokoknya sebagai berikut:

1. Prof. Dr. dr. Rianto Setiabudy

Terdapat enam prinsip ilmiah mengenai penerimaan penggunaan suatu obat untuk indikasi tertentu untuk memudahkan kita menyatukan pendapat, yaitu:

Prinsip 1: Penggunaan obat yang baik dan benar harus didasarkan pada bukti ilmiah yang menunjukkan bahwa manfaatnya harus melebihi atau minimal seimbang dengan risikonya.

Prinsip 2: Pembenaan penggunaan suatu obat oleh negara harus didasarkan pada bukti ilmiah yang cukup bahwa obat itu aman, efektif, dan dibuat dengan mutu yang baik.

Prinsip 3: Penggunaan obat yang baik dan benar harus ditunjang oleh data penelitian (pada hewan coba dan manusia) yang dikerjakan dengan metodologi yang memenuhi kaidah ilmiah.

Prinsip 4: Pemberian persetujuan penggunaan suatu obat/zat bisa bervariasi antar negara karena perbedaan masyarakat dalam hal tingkat pendidikan, tingkat kepatuhan masyarakat terhadap hukum, budaya, agama, dll.

Prinsip 5: Ketika harus dibuat pilihan antara kepentingan individu dengan kepentingan masyarakat banyak, maka kepentingan/keselamatan masyarakat banyak diletakkan pada tempat yang lebih tinggi dari pada kepentingan individu. Tentu ini dilakukan tanpa melupakan kepentingan individu terkait.

Prinsip 6: Dalam menilai kelayakan suatu zat/obat untuk pengobatan maka urutannya ialah dibuktikan dulu dengan penelitian barulah diizinkan penggunaannya, bukan sebaliknya.

Segi positif pemanfaatan cannabis untuk pengobatan

1. Di beberapa negara maju yang mempunyai sistem pengaturan obat yang baik (antara lain Jerman, Amerika, Inggris, Kanada, Australia), produk ekstraksi *cannabis* dalam bentuk *tetrahydrocannabinol* (THC) dan *cannabinoid* (CBD) telah diizinkan digunakan dalam pengobatan pada manusia.
2. Telah ada beberapa publikasi yang menunjukkan bahwa *cannabis* potensial untuk mengobati beberapa penyakit, antara lain cerebral palsy, stroke, mual/muntah akibat obat antikanker, epilepsi, dan nyeri neuropati.
3. Beberapa uji klinik melaporkan bahwa efek samping terkait penggunaan *cannabis* tergolong ringan.
4. Tanaman *cannabis* mudah tumbuh di Indonesia sehingga dapat dimanfaatkan sebagai sumber ekonomi dan membangun kemandirian bangsa dalam penyediaan obat.

Segi negatif pemanfaatan cannabis untuk pengobatan

1. *Cannabis* tergolong zat psikoaktif yang punya potensi menimbulkan

ketergantungan

2. Data hasil penelitian yang ada pada saat ini belum memungkinkan kita menyimpulkan bahwa *cannabis* aman dan efektif untuk indikasi tertentu (epilepsi, *cerebral palsy*, nyeri neuropati, dll)

Terdapat beberapa *issue* yang disampaikan oleh para pakar yang yang menginginkan agar *cannabis* dibolehkan digunakan untuk tujuan pengobatan. Saya menghargai berbagai argumentasi yang dikemukakan para pakar dari Inggris, Korea, dan Indonesia. Namun argumentasi para pakar ini terasa kurang berimbang karena hampir semua hanya menekankan segi positif *cannabis* saja. Bahaya potensial, dampak negatif dan kegagalan pengobatannya hampir tidak dibahas sehingga mudah membentuk opini yang kurang objektif.

Ketika suatu bahan herbal (daun, akar, bunga, dll) digunakan secara tradisional, maka biasanya tidak terlalu bermasalah. Namun ketika ia diekstraksi dan digunakan sebagai obat modern, bisa timbul beberapa pertanyaan. Dalam hal *cannabis* misalnya: bagaimana standarisasi produknya? Apakah semua tanaman *cannabis* yang tumbuh di berbagai daerah bila diekstraksi menghasilkan jumlah zat aktif yang sama? Apakah yang mempunyai manfaat terapi hanya komponen CBD saja atau kombinasi THC + CBD? Apakah semua sumber tanaman *cannabis* menghasilkan rasio THC: CBD yang sama? Berapa rasio paling optimal untuk menghasilkan efek terapeutik pada manusia? Selain itu data studi pra-klinik pada minimal 2 spesies hewan coba apakah sudah ada? Data uji toksisitas akut, subakut, dan kronis, serta studi teratogenisitas apakah sudah dikerjakan? Adakah data untuk indikasi yang diklaim dengan menggunakan model hewan coba? Adakah data studi ketergantungan obat pada hewan coba?

Apabila data studi pada hewan sudah lengkap dan menjanjikan, penelitian seyogyanya dilanjutkan ke manusia. Data uji klinik fase 1, 2, dan 3 belum lengkap. Data uji klinik yang tersedia sebagian yang berkualitas rendah misalnya tanpa pembandingan, tanpa penyamaran, tanpa randomisasi, jumlah sampel yang tidak cukup, tidak ada penjelasan mengenai standarisasi *cannabis*, hasilnya tidak konsisten, dll. Dengan kondisi semacam ini jelas belum mungkin dipertimbangkan penggunaan *cannabis* pada manusia untuk tujuan pengobatan.

Ada pakar yang menyatakan bahwa efek samping yang ditimbulkan *cannabis* tergolong ringan. Pendapat ini mungkin benar mengingat zat ini sebagian besar digunakan untuk tujuan rekreasi. Masalah utama penggunaan *cannabis* bukan

hanya terletak pada potensinya menimbulkan efek samping yang mengganggu pasien, tapi potensi timbulnya ketergantungan. Selain itu obat ini bisa menyebabkan orang kehilangan gairah kerja dan produktivitas karena bila sudah terjadi adiksi, yang dipikirkannya sepanjang hari hanyalah bagaimana mendapatkan kenikmatan dari konsumsi *cannabis* berikutnya. Semua ini bertambah buruk lagi karena pengguna *cannabis* terbesar adalah untuk tujuan rekreasi dan terutama melibatkan generasi muda.

Ada pendapat yang menyatakan bahwa bukti ilmiah yang ada sekarang sudah cukup untuk menyatakan bahwa *cannabis* dapat digunakan untuk pengobatan. Saya menghormati pendapat ini namun tidak sepenuhnya sependapat antara lain dari fakta bahwa *cannabis* tidak tercantum dalam berbagai pedoman pengobatan (*guidelines*) yang berlaku internasional maupun nasional, misalnya zat ini tidak tercantum dalam Daftar Obat Esensial WHO. Zat ini juga tidak tercantum dalam pedoman pengobatan perhimpunan profesi nasional maupun internasional. Ketika kita merevisi Formularium Nasional Indonesia tahun lalu, tidak ada satu pun perhimpunan profesi atau rumah sakit yang mengusulkan mengenai perlunya zat ini disediakan bagi pelayanan kesehatan. Sampai sekarang dari BPOM juga belum ada ijin edar yang diberikan kepada *cannabis* ini untuk indikasi apa pun.

Kita juga melihat kenyataan bahwa beberapa negara yang mempunyai sistem regulasi obat yang baik (antara lain Amerika, Kanada, Belanda, dll) sudah menempatkan *cannabis* di narkotika golongan 2. Ini dapat dimengerti karena situasi, kondisi, tingkat ketaatan terhadap hukum, budaya, agama, dll. di tiap negara bisa berbeda. Sebagai contoh, di banyak negara abortus non-medisinalis, penggunaan obat mengandung bahan dari babi, eutanasia diperbolehkan. Saya rasa kita punya alasan cukup untuk mengatakan bahwa kita tidak selalu harus mengikuti kebijakan yang diambil oleh negara lain.

Dalam diskusi mengenai manfaat penggunaan *cannabis* ini, ada dijelaskan kesaksian (testimoni) beberapa pasien yang menyatakan bahwa mereka mendapatkan manfaat terapi dari zat ini, pada hal sebelumnya mereka telah mendapat berbagai obat standar tapi tidak merasakan perbaikan. Mereka dalam posisi terjepit antara kebutuhan pengobatan individual dengan peraturan perundangan yang tidak membolehkan pemberian narkotika golongan 1 untuk tujuan pengobatan. Terkait hal ini ada dua hal yang perlu kita catat: Pertama,

bahwa walaupun dapat memberikan informasi kepada kita mengenai kemungkinan manfaat potensial suatu obat, testimoni tidak termasuk cara pembuktian efektivitas yang sah karena mudah terjadi bias.

Kedua, untuk mencari jawaban yang benar mengenai efektivitas suatu obat ialah melakukan penelitian dengan kaidah ilmiah yang baik. Karena itu saya amat setuju bahwa pintu penelitian harus dibuka untuk obat narkotika golongan 1. Semua penelitian baik dari luar maupun dalam negeri harus diterima sepanjang memenuhi syarat dan bebas bias.

Usulan dari pembahas

Sebaiknya kita tidak tergesa-gesa menyatakan bahwa *cannabis* dapat digunakan untuk tujuan pengobatan karena kita berhadapan dengan suatu zat yang berpotensi menimbulkan masalah sosial yang besar, terutama menyangkut kualitas generasi muda kita. Selain itu sudah tersedia banyak pilihan obat dalam Formularium Nasional maupun Daftar Obat Esensial Nasional untuk pengobatan berbagai indikasi yang diduga efektif diobati dengan *cannabis* ini (nyeri, kekakuan otot, stroke, dll).

Untuk penyakit yang belum ada obatnya, kita mungkin bisa bersikap lebih toleran terhadap obat yang belum punya bukti ilmiah yang cukup. Namun untuk indikasi² yang disebutkan di atas sudah ada banyak obat dengan ijin edar di Indonesia yang sudah dibuktikan efektif dan aman. Sebagian dari obat² ini harganya murah, dan kebanyakan dari mereka tidak punya potensi menimbulkan efek ketergantungan seperti yang terjadi pada *cannabis*.

Pintu bagi penelitian *cannabis* harus dibuka secara nyata oleh Pemerintah.

Untuk mencegah dampak negatif, penelitian² *cannabis* ini pada tahap awal sebaiknya dipercayakan kepada Lembaga Pendidikan/Penelitian dan Rumah Sakit milik pemerintah. Penelitian untuk mengetahui efektifitas dan keamanan *cannabis* harus dikerjakan dengan sistematis dan memenuhi kaidah² ilmiah: dimulai dengan penelitian pada hewan dan diteruskan ke Uji Klinik fase 1, 2, dan 3. Untuk ini juga harus ada Sponsor yang jelas agar bila terjadi dampak negatif pada subjek penelitian, ada pihak yang bertanggung jawab memberi biaya pengobatan serta ganti rugi yang layak. Penelitian-penelitian ini tidak harus dikerjakan di Indonesia. Hasil penelitian dari luar negeri pun harus diterima sepanjang dikerjakan sesuai dengan kaidah ilmiah yang berlaku secara internasional.

2. Dr. Aris Catur Bintoro, Sp. S(K).

Latar belakang

Epilepsi merupakan kelainan otak primer dan salah satu dari kondisi kronik di bidang neurologi yang serius, menimpa penduduk dunia dengan puncak pada usia anak dan dewasa di atas 60 tahun. Dari banyak studi di beberapa negara didapatkan bahwa angka prevalensi epilepsi aktif diperkirakan sebesar 8,2 per 1000 penduduk.

Epilepsi dapat menimpa seseorang dari berbagai usia, ras, jenis kelamin maupun sosial ekonomi. Epilepsi bukan hanya memberi beban pada pasien dan keluarga namun juga telah menjadi bagian dari penyakit global. Untuk itu organisasi internasional penang-gulangan epilepsi (*International league against epilepsy/ILAE*) bekerjasama dengan WHO dan perwakilan seluruh negara melakukan upaya penanggulangan epilepsi secara komprehensif. Dalam kaitan ini didorong agar epilepsi bisa dilayani hingga tingkat pelayanan primer, serta obat anti kejang esensial dapat disediakan melalui formularium nasional.

Kementerian kesehatan Indonesia, perwakilan Indonesia di WHO, serta ILAE chapter Indonesia telah bekerja sama dan mendukung ILAE dan WHO untuk mewujudkan program *Health Assembly and United Nations General Assembly resolutions: WHA66.8 (2013) on the comprehensive mental health action plan 2013–2020*, serta WHA ke 73 tahun 2020 tentang *global action in Epilepsy and other neurological disorders*.

Definisi

Epilepsi adalah kelainan otak yang ditandai dengan kecenderungan terus menerus untuk menimbulkan bangkitan epileptik dengan konsekuensi neurobiologis, kognitif, psikologis dan sosial. Definisi ini mensyaratkan terjadinya minimal 1 kali bangkitan epileptik. Adapun secara operasional epilepsi disyaratkan adanya: - minimal 2 bangkitan tanpa provokasi, - 1 bangkitan tanpa provokasi dengan kemungkinan berulang dalam 10 tahun kedepan, atau – sindrom epilepsi.

Bangkitan epileptik adalah terjadinya tanda/gejala yang bersifat sesaat, akibat aktifitas neuronal yang abnormal dan berlebihan di otak.

Jenis epilepsi dibagi dalam klasifikasi berdasar: -tipe bangkitan, -tipe epilepsi dan -tipe sindrom.

Klasifikasi Tipe Bangkitan (Seizure)

- onset General: ditandai dengan bangkitan yang muncul secara bersamaan

seluruh tubuh, sering disertai gangguan kesadaran.

- onset Fokal: ditandai dengan bangkitan yang muncul unifokal atau multifokal yang melibatkan satu sisi hemisfer otak.
- onset Tidak diketahui: belum bisa ditentukan onset bangkitan yang muncul fokal atau general, membutuhkan telaah lebih lanjut

Klasifikasi Tipe Epilepsi

- tipe General: ditandai dengan bangkitan yang muncul secara bersamaan seluruh tubuh, terdapat gelombang epileptik bersifat general pada pemeriksaan EEG. Contoh: epilepsi Absance, Juvenile myoclonic.
- tipe Fokal: ditandai dengan bangkitan yang muncul unifokal atau multifokal yang melibatkan satu sisi hemisfer otak. Didukung pemeriksaan EEG terdapat gelombang epileptik fokal (salah satu sisi). Contoh: epilepsi Rolandic, Rasmusen Encephalitis, Lobus Temporal.
- tipe Campuran Fokal dan General: terdapat bangkitan fokal dan general, didukung adanya gelombang epileptik general dan fokal pada pemeriksaan EEG. Contoh: epilepsi Lennox Gestout syndrome, Dravet syndrome
- tipe Tidak Diketahui: belum bisa ditentukan onset bangkitan yang muncul fokal atau general, membutuhkan telaah lebih lanjut

Selanjutnya kami akan menyampaikan bagaimana dalam mendiagnosis epilepsy

DIAGNOSIS

Diagnosis Epilepsi ditegakkan atas beberapa faktor:

a. Anamnesis

Merupakan tindakan penting dalam diagnosis epilepsi. Penggalan data kejang melalui sejumlah pertanyaan yang antara lain:

- Sejak kapan timbul kejang, bagaimana bentuknya
- Apakah melibatkan sebagian atau seluruh tubuh
- Apakah kejang saat bangun atau tidur, berapa lama berlangsung
- Berapa frekuensi kejang dalam seminggu/ sebulan. apakah saat kejang disertai gangguan kesadaran
- Adakah pemicu timbulnya kejang, apakah obat diminum teratur
- Apakah ada riwayat keluarga yang sakit epilepsi
- Apakah ada penyakit lain yang menyertai

b. Pemeriksaan ElektroEnsefalografi (EEG)

Merupakan pemeriksaan penunjang utama pada penyakit epilepsi. Pemeriksaan neurofisiologi ini bersifat fungsional yang menunjukkan aktifitas listrik di otak. Pada pasien epilepsi dapat ditemukan gelombang abnormal interiktal berupa spike, sharp wave, poli spike, spike and wave complex. Pada kondisi pasien yang mengalami kejang saat direkam dapat ditemukan gelombang iktal yang muncul secara ritmik.

Berdasar lokasi gelombang epileptik interiktal dan iktal yang tampak, epilepsi dapat dibagi tipe fokal, general dan campuran fokal dan general.

Selain itu dengan perkembangan teknologi alat EEG telah dilengkapi video sehingga saat terjadi kejang akan diketahui bentuk bangkitan (semiologi) terkait rekaman EEG yang didapat.

Pemeriksaan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

MRI merupakan pemeriksaan penunjang untuk melihat struktur jaringan otak yang paling unggul. Dengan minimal kemampuan 1,5 teslag, teknik squencing T1, T2, Flair, STIR serta irisan tipis otak akan didapat berbagai foto abnormal otak. Beberapa kelainan struktur jaringan otak yang menjadi etiologi epilepsi antara lain: sklerosis hipokampus, displasia kortek fokal, dysembryoplastic neuroepitelial tumor, tubeorus sclerosis, ganglioglioma, malformasi vaskular, dll. Kelainan struktur tersebut bisa dilatarbelakangi oleh kelainan genetik, auto imun, infeksi, trauma.

Adanya kelainan jaringan otak tersebut sering menjadi penyebab epilepsi fokal dengan sindrom tertentu seperti Lennox Gestout, Rasmussen, dll.

Dengan berlandaskan temuan anmnesis, pemeriksaan fisik, elektroensefalografi dan MRI dapat ditentukan jenis epilepsi dan sindrom yang dialami pasien.

Selanjutnya akan kami sampaikan apa bentuk pengobatan yang dapat diberikan ke pasien epilepsi

Pengobatan

Tujuan pengobatan epilepsi adalah menghentikan atau mengurangi frekuensi kejang yang timbul, dengan tanpa atau seminimal mungkin terjadi efek samping.

Beberapa bentuk pengobatan pasien epilepsi secara umum adalah:

- Pemberian obat anti epilepsi
- Diit ketogenik
- Pembedahan

a. Obat Anti Epilepsi (OAE)

Saat ini pengobatan epilepsi di Indonesia dapat dilakukan di seluruh wilayah dengan tersedianya tingkatan fasilitas kesehatan (Faskes) dan tenaga medis.

Secara umum pelayanan diberikan melalui asuransi kesehatan (BPJS) dan swasta atau mandiri. Obat anti epilepsi (OAE) sebagai obat utama untuk mengatasi bangkitan yang muncul telah disediakan pemerintah baik di Faskes tingkat dasar maupun tingkat lanjutan dengan jenis obat yang sesuai tingkat layanan.

Ketersediaan jenis dan jumlah OAE di tempat pelayanan secara umum sudah cukup dan OAE yang disediakan di Indonesia memiliki kualitas standar.

Tata laksana pengobatan di fasilitas pemerintah dilakukan secara berjenjang. Bila tidak ada perbaikan serta membutuhkan pemeriksaan penunjang yang lebih canggih serta konsultasi ke dokter spesialis saraf, anak atau spesialis terkait lainnya dapat dilakukan dengan sistem rujukan.

Tata laksana pemberian obat anti epilepsi mengikuti kaidah berikut:

- Obat dipilih berdasar tipe bangkitan atau sindrom epilepsi
- Diawali dengan obat tunggal, dimulai dosis rendah bertahap dosis naik hingga mencapai dosis maksimal dengan memperhatikan kemungkinan efek samping.
- Bila masih gagal dapat diganti obat golongan lain atau bila perlu dikombinasi dengan model kerja obat yang berbeda.
- Bila telah mencapai respon dimana tidak timbul bangkitan lagi maka dosis obat dipertahankan.
- Bila bangkitan masih sering muncul perlu dievaluasi kembali kemungkinan penggantian atau penambahan jenis obat untuk kombinasi.

Di bawah ini adalah daftar jenis obat anti epilepsi yang tersedia di Indonesia dengan dosis lazim yang diberikan untuk anak dan dewasa.

NO	OAE	DOSIS ANAK (mg/kgBB)	DOSIS RUMATAN DEWASA
1	Carbamazepine	10 – 20	400 – 1200
2	Clobazam	0,5 – 1	20 – 40
3	Clonazepam	3 – 6	2 – 6
4	Gabapentin	25 – 35	900 – 3600

5	Lamotrigine	5-15 (enzym inducer) 1-3 (ad on VPA)	200 – 600
6	Levetiracetam	20 – 40	750 – 4000
7	Oxcarbazepine	30 – 45	900 – 2400
8	Perampanel	4 – 8 mg >12th	
9	Phenytoin	8-10 <3th, 4-7 >3th	200 – 500
10	Phenobarbital	3-5 < 5th, 2-3 > 5th	90 – 120
11	Pregabalin	-	600
12	Topiramate	4 – 6	75 – 300
13	Valproic acid	15 – 40	500 – 2000
14	Zonisamide	4 – 12	100 – 400

Bila seorang pasien tetap mengalami kekambuhan kejang setelah pemberian obat tersebut diatas meskipun sudah dengan metode kombinasi beberapa jenis obat, maka dipertimbangkan pasien mengalami resisten obat. Diagnosis resisten harus sudah melalui berbagai pertimbangan berbagai hal seperti kepatuhan minum obat, menghindari faktor pemicu, interaksi dengan obat penyakit penyerta lain, dll. Selanjutnya dipertimbangkan tambahan pengobatan bentuk non farmakologi.

a. Diet Ketogenik

Tata laksana pengobatan epilepsi selanjutnya adalah terapi non farmakologis, antara lain dengan pemberian diit ketogenik yang umumnya diberikan pada kasus epilepsi anak. Diit ketogenik klasik mencakup tinggi lemak, rendah karbohidrat dan protein dengan membatasi kalori dan cairan yang masuk. Perbandingan yang disarankan adalah 3-4 gram untuk lemak dan 1 gram untuk karbohidrat dan protein. Diet ini mirip dengan puasa dimana menunda asupan sehingga sumber kalori untuk metabolisme berasal dari lemak. Katabolisme asam lemak di liver akan menghasilkan benda keton yang akan nampak berupa keton urin.

Selain itu juga dikenal modifikasi diit Atkins (MDA) yang lebih fleksibel dan lezat. Perbandingan yang diberikan sekitar 65% lemak, 25% protein dan 10% karbohidrat. Pada MDA ini tidak

ada restriksi dari kalori, protein dan cairan sehingga cocok untuk pasien yang kurang toleransi dengan diit ketogenik.

b. Diet Ketogenik

Tata laksana pengobatan epilepsi selanjutnya adalah terapi non farmakologis, antara lain dengan pemberian diit ketogenik yang umumnya diberikan pada kasus epilepsi anak. Diit ketogenik klasik mencakup tinggi lemak, rendah karbohidrat dan protein dengan membatasi kalori dan cairan yang masuk. Perbandingan yang disarankan adalah 3-4 gram untuk lemak dan 1 gram untuk karbohidrat dan protein. Diet ini mirip dengan puasa dimana menunda asupan sehingga sumber kalori untuk metabolisme berasal dari lemak. Katabolisme asam lemak di liver akan menghasilkan benda keton yang akan nampak berupa keton urin.

Selain itu juga dikenal modifikasi diit Atkins (MDA) yang lebih fleksibel dan lezat. Perbandingan yang diberikan sekitar 65% lemak, 25% protein dan 10% karbohidrat. Pada MDA ini tidak ada restriksi dari kalori, protein dan cairan sehingga cocok untuk pasien yang kurang toleransi dengan diit ketogenik.

c. Pembedahan

Terdapat beberapa jenis epilepsi refrakter obat yang berespon baik dengan tindakan pembedahan yang dikenal sebagai *surgically remediable epilepsy syndrome*. Kelompok epilepsi ini pada anak dapat berupa *temporal lobe epilepsy with focal lesions*, *lesional extratemporal epilepsies*, *hemispherical epilepsies*, dan *gelastic epilepsy* dengan etiologi *hypothalamic hamartoma*. Adapun teknik operasi yang akan dilakukan untuk kasus-kasus ini adalah bedah reseksi atau diskoneksi.

Pada kasus epilepsi lain dengan lesi di otak yang multi fokal atau difus, tindakan bedah yang dilakukan dengan prosedur paliatif yaitu *corpus callosotomy* atau *vagal nerve stimulation*.

Untuk tindakan bedah epilepsi dibutuhkan pemeriksaan evaluasi pra bedah meliputi semiologi, pemeriksaan EEG interiktal dan iktal, pemeriksaan MRI dan bila diperlukan

pemeriksaan PET scan. Tujuan evaluasi ini untuk mendapatkan lokasi zona epileptogenik. Diharapkan pemeriksaan awal ini terdapat kesesuaian hasil (concordant). Namun bila tidak atau memerlukan gambaran yang lebih detil tentang lokasinya maka dapat dilanjutkan dengan pemeriksaan yang bersifat invasif. Operasi yang dilakukan lebih awal dapat memperbaiki kualitas hidup, kognitif dan perkembangan

Saat ini di Indonesia telah dilakukan tindakan bedah epilepsi sejak tahun 1996 hingga sekarang yang terpusat di senter epilepsi di Kota Semarang, Surabaya, dan Jakarta. Berdasarkan laporan tindakan bedah epilepsi yang telah dilakukan di senter Semarang, terdapat 247 pasien anak dibawah 18 tahun, dimana jumlah laki-laki 129 dan perempuan 118. Jenis diagnosis etiologi yang telah ditangani adalah: *Mesial temporal sclerosis, Focal cortical dysplasia, Porencephaly, Atrophy, dan Tuberous sclerosis*. Adapun untuk jenis tindakan yang telah dilakukan meliputi *Anterior temporal lobectomy, lesionectomy, callosotomy, dan hemispherotomy*.

Selanjutnya kami akan menyampaikan tentang penggunaan cannabis dalam pengobatan epilepsi

Cannabis

Cannabis dalam penggunaan medis dipakai sebagai terapi ajuvan (tambahan) obat anti epilepsi dan utamanya pada tipe epilepsi tertentu seperti Lennox Gestout dan Dravet syndrome. Dikenal beberapa sediaan cannabinoid seperti -Cannabidiol (CBD), -Cannabidiol: Tetrahydrocannabinol (CBD: THC), -Tetrahydrocannabinol (THC) dan -Cannabis sativa.

Penelitian yang terkait dengan penggunaan cannabis banyak dilakukan, namun sebagian besar masih kurang memenuhi kriteria penelitian yang baik.

Sebuah studi meta analisis dan review yang dipublikasi tahun 2018 tentang kemanjuran dan keselamatan cannabidiol dibidang epilepsi didapatkan hasil yang awalnya 164 studi terkait, setelah ditelaah tinggal hanya 4 studi berbasis *randomized control trial* yang layak dianalisis.

Dalam studi ini dihasilkan adanya penurunan frekuensi bangkitan lebih dari 50% pada 37% kasus dengan terapi cannabidiol 20 mg, dan 21% dengan placebo. Namun dalam penelitian ini terdapat pasien yang mengundurkan diri sebanyak 11,1% pada kelompok pengobatan cannabidiol dan 2,1% pada kelompok placebo. Pengobatan dihentikan karena efek samping obat sebanyak 8,9% pada kelompok aktif dan 1,8% pada kontrol. Efek samping terbanyak berupa mengantuk, penurunan nafsu makan, diarrhea, dan meningkatnya kadar serum amino-transferase.

Hingga saat ini penggunaan cannabis di bidang epilepsi masih dalam perdebatan. Dalam acara Kongres Epilepsi Asia Oseania ke 12 tahun 2018 di Bali telah diselenggarakan simposium tentang pro-kontra penggunaan cannabis medis dan produk turunannya dalam pengobatan epilepsi. Dimana dalam diskusi tersebut disampaikan manfaat yang positif berupa penurunan frekuensi kejang, sedang segi negatif dalam hal standar penelitian yang masih kurang baik serta efek samping yang ditimbulkan.

Informasi yang didapat tentang peran cannabis dalam guideline pengobatan epilepsi masih terbatas. Organisasi penanggulangan epilepsi internasional (*International League Against Epilepsy/ILAE*) tidak memberikan pernyataan secara formal tentang obat ini. Hanya sejumlah negara yang membuat peraturan resmi tentang penggunaan obat cannabis dalam tata laksana epilepsi di negara tersebut.

Kesimpulan

Strategi pengobatan epilepsi diawali dengan penegakan diagnosis secara benar, diikuti pemilihan jenis obat yang sesuai dengan jenis epilepsi dan tepat dosis, dan dapat dilakukan penggantian jenis obat dan kombinasi. Bila belum didapatkan respon pengobatan yang baik dapat dipertimbangkan pengobatan non farmakologi dan pembedahan. Pemahaman tentang jenis epilepsi diperlukan untuk mengetahui tata laksana lebih lanjut serta *outcome* yang diharapkan.

Dengan memperhatikan ketersediaan obat anti epilepsi yang sudah ada, sistim jenjang pelayanan (rujukan) pasien yang bisa berlaku antar

daerah, serta tindakan pengobatan yang komprehensif di Indonesia maka dapat disimpulkan bahwa tatalaksana epilepsi di Indonesia sudah baik.

Penggunaan cannabis sebagai salah satu obat anti epilepsi di Indonesia saat ini tidak diperlukan mengingat dukungan penelitian yang masih kurang, guideline tata laksana pengobatan epilepsi di suatu negara yang menyertakan cannabis tidak banyak, terdapat efek samping yang muncul dalam penggunaan jangka panjang, serta pilihan terapi epilepsi non farmakologis seperti diet ketogenik dan pembedahan masih bisa dimanfaatkan.

3. Dr. Uni Gamayani, dr. Sp. S (K)

Izinkan menyampaikan keterangan ahli berkaitan dengan Tatalaksana Epilepsi Pada Anak dan Spastisitas Pada *Cerebral Palsy* dengan menfokuskan pada tatalaksana yang saat ini sudah dilakukan di Indonesia.

Seorang anak yang sudah didiagnosis epilepsi, memerlukan pengobatan agar pasien dapat bebas bangkitan/kejang dan tercapainya kualitas hidup yang baik. Terapi dengan obat anti epilepsi (OAE) dimulai jika pasien dan atau keluarga pasien menyetujui dan sudah menerima penjelasan mengenai tujuan pengobatan, potensi efek samping obat, interaksi obat, kepatuhan, teratogenesis, dan mengemudi. Tujuan utama terapi epilepsi adalah mengupayakan pasien epilepsi dapat hidup senormal mungkin dan tercapainya kualitas hidup yang optimal. Harapannya “bebas bangkitan, tanpa efek samping” obat anti epilepsi.

Terapi akan dimulai dengan satu jenis obat (monoterapi) sesuai dengan jenis bangkitan dan sindrom epilepsi. Terapi dimulai dengan obat anti epilepsi lini pertama dengan dosis rendah sampai tercapai dosis efektif (kejang teratasi) atau timbul efek samping. Obat lini pertama dapat diganti dengan obat lain apabila tidak efektif walaupun sudah mencapai dosis maksimal atau muncul efek samping atau alergi. Penambahan obat anti epilepsi dapat dilakukan apabila obat sebelumnya menghasilkan respon namun suboptimal, walaupun dosisnya sudah maksimal. Pemilihan obat anti epilepsi bersifat individual berdasarkan pada jenis bangkitan, jenis sindrom epilepsi, efek samping obat anti epilepsi yang mungkin terjadi, profil farmakologis, dan interaksi antar obat anti epilepsi. Hal lain yang

dipertimbangkan adalah komorbiditas pada penderita epilepsi, seperti adanya penyakit lain, kelainan neurologis, gangguan *behaviour*, dan gangguan kognisi. Obat-obatan yang dapat dipakai sebagai lini pertama adalah Asam valproat, Fenitoin, Fenobarbital, Karbamazepin, dan Okskarbazepin. Obat lini selanjutnya adalah Gabapentin, Klobazam, Klonazepam, Levetirasetam, Lamotrigin, Perampanel, Rufinamide, Topiramet, dan Zonisamide. Ketersediaan obat-obat ini di fasilitas pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh sarana dan Sumber Daya Manusia yang kompeten untuk menggunakan obat-obat tersebut. Obat-obatan ini juga sudah disediakan oleh pemerintah melalui BPJS, dan ketersediannya sesuai dengan fasilitas Kesehatan tingkat I, tingkat II, dan tingkat III.

Sebagian besar penderita epilepsi (70-80%) dapat bebas kejang dengan monoterapi. Monoterapi awal adalah mode pengobatan standar yang menghasilkan 50% bebas kejang yang berkepanjangan (≥ 12 bulan). Jika monoterapi awal gagal mengendalikan kejang, diberikan obat kedua untuk mengganti monoterapi atau duoterapi dengan level bebas kejang 10-20% (atau 20-40% pasien yang menjalani terapi obat kedua).

Penggunaan lebih dari satu obat antiepilepsi (politerapi) dilakukan pada epilepsi yang resisten terhadap obat (epilepsi refrakter/drug-resistant epilepsy/intractable epilepsy). Epilepsi jenis ini dapat merupakan sindrom epilepsi yang berat atau epilepsi yang mempunyai etiologi kelainan genetik, struktural, metabolik, infeksi saraf pusat atau tidak diketahui.

Penderita epilepsi resisten obat sekitar 30% dari seluruh penderita epilepsi pada anak. Hampir 20% pasien epilepsi dengan bangkitan umum dan lebih dari 60% pasien epilepsi dengan bangkitan fokal akan berkembang menjadi epilepsi resisten obat.

Diagnosis epilepsi resisten obat tidak mudah dan harus ditegakkan oleh seorang ahli. Sebelumnya perlu dilakukan evaluasi: bangkitan yang terjadi adalah benar bangkitan epileptik dan bukan merupakan bangkitan nonepileptik, pilihan obat anti epilepsi sudah sesuai dengan tipe bangkitan dan sindroma epilepsi, interaksi obat anti epilepsi dengan penyakit lain, efek samping obat anti epilepsi, kepatuhan minum obat, gaya hidup, dan faktor psikologis pasien. Apabila semua evaluasi telah dilakukan dan tetap tidak

tercapai bebas bangkitan maka diagnosis epilepsi resisten obat dapat ditegakkan.

Epilepsi resisten obat adalah kegagalan pengobatan epilepsi yang adekuat menggunakan dua atau lebih obat anti epilepsi yang sesuai baik sebagai monoterapi maupun politerapi.

Politerapi menitikberatkan pada efek sinergis mekanisme kerja obat, interaksi antar obat, dan efek samping. Ketika mempertimbangkan OAE yang akan ditambahkan, OAE yang kedua dipilih dengan mekanisme kerja yang berbeda dari OAE yang pertama. Apabila dengan politerapi tidak juga dapat menangani bangkitannya, maka dipertimbangkan untuk terapi nonfarmakologis, berupa diet ketogenik, tindakan bedah epilepsi, stimulasi nervus vagus, deep brain stimulation, dan terapi perilaku.

Sindrom epilepsi pada anak terdiri dari sindrom yang responsif terhadap obat anti epilepsi dan ada yang resisten terhadap obat anti epilepsi. Sindrom yang responsif terhadap obat anti epilepsi, diantaranya adalah sindrom absans dan sindrom Rolandik. Sindrom epilepsi yang resisten obat, diantaranya sindrom Ohtahara, Early myoclonic encephalopathy, sindrom West, sindrom Dravet, sindrom Lennox-Gastaut, Epilepsy with continuous spike-wave in slow wave sleeps, sindrom Landau-Kleffner, Myoclonic status in non-progressive encephalopathy, dan epilepsi gelastik hipotalamik. Sindrom ini pada umumnya disertai dengan gangguan neurodevelopmental sehingga dalam tatalaksananya diperlukan obat-obatan yang tidak memperburuk fungsi neurodevelopmental, seperti kognisi, fungsi motorik, fungsi bahasa, dan fungsi sosial.

Kami akan menguraikan beberapa sindrom epilepsi, Sindrom Lennox-Gastaut.

Sindrom Lennox-Gastaut merupakan epilepsi ensefalopati, dapat merupakan kelanjutan sindrom Ohtahara dan sindrom West. Usia awitan antara 3-10 tahun, dengan puncak usia 3-5 tahun, biasanya sebelum usia 8 tahun. Ditemukan pada 2-4% epilepsi anak, laki-laki lebih sering daripada perempuan.

Sekitar 70-80% pasien memiliki gangguan struktural otak (simtomatik) sebagai penyebabnya. Penyebab umum adalah malformasi otak, ensefalopati iskemik hipoksik, meningoensefalitis, sindrom neurokutan, dan

sindrom metabolik yang jarang terjadi. Sebanyak 30-65% pasien didahului oleh sindrom West sebelum awitan.

Diagnosis ditegakkan berdasarkan adanya riwayat dua atau lebih jenis bangkitan yang resisten terhadap pengobatan. Jenis bangkitannya adalah kejang tonik, *drop attack*, atonik, mioklonik, kejang absans atipikal, kejang mioklonik, kejang fokal, dan kejang tonik-klonik. Pada pasien sering disertai dengan keterlambatan perkembangan dan gangguan kognisi, serta dapat terjadi bersamaan dengan gangguan perilaku, seperti agresivitas, autis, dan hiperaktif. Pada pemeriksaan fisik dapat didapatkan adanya sindrom neurokutan (seperti *tuberousclerosis*), hemiparesis, quadriparesis, dan gangguan kognisi. Pemeriksaan penunjang diagnosis, diperlukan *Electro Encephalography* (EEG) dan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) otak.

Terapi obat-obatan yang direkomendasikan adalah Asam valproat dan biasanya harus ditambahkan Lamotrigin. Jika Asam valproat dan Lamotrigin tidak memberikan kontrol kejang yang memadai, maka dapat ditambahkan clobazam, topiramate, atau rufinamide.

Politerapi obat anti epilepsi direkomendasikan bersama terapi nonfarmakologis karena sifat kejang yang resisten terhadap obat, diantaranya diet ketogenik (diet yang tinggi lemak dan rendah karbohidrat dengan protein yang cukup), menurut penelitian, diet ketogenik dapat mengurangi frekuensi kejang lebih dari 50%. Terapi nonfarmakologis lainnya, yaitu stimulasi nervus vagus, terapi bedah (corpus callostomy, reseksi otak)

Pasien sindrom Lennox-Gastaut umumnya mengalami gangguan kualitas hidup, tidak hanya karena berbagai jenis kejang yang terjadi dan frekuensi kejang yang sering, tetapi juga oleh berbagai komorbiditasnya. Komorbiditas yang sering terjadi adalah gangguan kognisi dan perilaku, disabilitas fisik, dan gangguan tidur. Pasien dengan sindrom Lennox-Gastaut dapat memiliki risiko kematian dini.

Sindrom selanjutnya yang akan kami bahas adalah sindrom Dravet.

Sindrom Dravet adalah epilepsi ensefalopati awitan anak-anak yang jarang, disebabkan adanya kelainan genetik. Sindrom ini ditandai dengan epilepsi

resisten obat dan masalah neurodevelopmental yang dimulai pada masa bayi.

Sindroma Dravet terjadi pada 1:15.700 - 40.000 kelahiran hidup. Dalam sebuah penelitian, sindrom Dravet merupakan kasus epilepsi pada anak-anak yang mengalami kejang dalam tahun pertama kehidupan yang terjadi sebanyak 3%.

Sindrom Dravet disebabkan oleh kelainan genetic berupa mutasi de novo pada subunit alpha-1 dari voltage-gated sodium channel gene (SCN1A) yang terletak pada kromosom 2q24.

Menurut ILAE tahun 2017 gambaran klinis sindrom Dravet adalah: terdapat riwayat keluarga epilepsi atau kejang demam; perkembangan normal sebelum timbulnya kejang; kejang dimulai sebelum usia satu tahun; pada EEG ditemukan gelombang generalized spike waves dan gelombang polyspike; terdapat kelainan fokal; retardasi psikomotorik setelah usia dua tahun; dan kejang dapat dicetuskan oleh hipertermia.

Sebagian besar pasien sindrom Dravet memerlukan dua atau lebih obat untuk dapat mengontrol kejang. Pemilihan obat harus individual berdasarkan pertimbangan efektivitas dan efek samping obat. Valproat atau Clobazam merupakan obat lini pertama yang dipilih untuk Sindrom Dravet dan diberikan dalam kombinasi, karena monoterapi biasanya tidak berhasil. Topiramate atau Stiripentol dapat ditambahkan jika kejang resisten terhadap obat, namun jika kejang masih belum dapat diatasi, dapat ditambahkan Levetiracetam. Terapi nonfarmakologis yang dapat ditambahkan, adalah diet ketogenik dan terapi bedah.

Pasien dengan sindrom Dravet dapat memiliki risiko kematian dini meskipun beberapa pasien hidup sampai dewasa. Penyebab kematian yang paling umum adalah sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP) dan status epileptikus. Kejang cenderung menetap sepanjang hidup pada pasien sindrom Dravet. Hampir semua pasien akan mengalami disabilitas intelektual sedang hingga berat pada saat dewasa.

Selain sindrom epilepsi berat yang sudah diterangkan di atas, terdapat pula epilepsi yang resisten terhadap obat, yang disebabkan oleh adanya gangguan struktural di otak, yaitu epilepsi pada cerebral palsy (CP).

Menurut International Working Group on the Definition and Classification of Cerebral Palsy mendefinisikan cerebral palsy adalah kelompok gangguan perkembangan dan postur yang menyebabkan aktivitas yang terbatas, bersifat nonprogresif, terjadi saat otak sedang berkembang. Kelainan motorik pada cerebral palsy sering disertai dengan gangguan sensasi, persepsi, kognisi, komunikasi, perilaku, juga disertai dengan epilepsi dan masalah muskuloskeletal sekunder.

Prevalensi cerebral palsy dari semua kelahiran berkisar antara 1,5-3 per 1000 kelahiran hidup tergantung geografis daerah dan negara. Sebagian besar pasien CP memiliki gejala motorik utama berupa spastisitas yang dapat diklasifikasikan berdasarkan area tubuh yang terkena yaitu hemiplegia, diplegia, tetraplegia. Terdapat gejala lain pada CP seperti gangguan gerak atetoid, ataksik, dan hipotonik. Komorbiditas yang terjadi dapat berupa nyeri, disabilitas intelektual, gangguan bicara, gangguan perilaku, gangguan makan dan minum, epilepsi, gangguan tidur, kebutaan, tuli, dan hip displacement. CP tipe spastik paling sering terjadi (70-75%) dan epilepsi merupakan komorbiditas yang terjadi pada 15-60% pasien cerebral palsy. Adanya epilepsi ini akan meningkatkan risiko kematian yang disebut dengan sudden unexpected death in epilepsy.

Tata laksana pada CP harus dimulai sesegera mungkin saat sudah ditegakkan diagnosis untuk memaksimalkan kemampuan fungsional dan mengurangi disabilitas. Tatalaksana meliputi intervensi pada gangguan motorik dan tatalaksana optimal dari komorbidits. Epilepsi pada cerebral palsy seringkali resisten terhadap obat anti epilepsi sehingga diperlukan politerapi.

Pemilihan obat-obat politerapi tergantung dari bentuk kejang dengan mempertimbangkan efek sinergis mekanisme kerja obat, interaksi antar obat, dan efek samping. Perlu diperhatikan juga dosis optimal obat anti epilepsi yang digunakan.

Berdasarkan data mengenai epilepsi yang resisten terhadap obat, maka saat ini muncul alternatif obat-obat lain yang diperkirakan dapat menurunkan kejang pada pasien-pasien tersebut. Salah satu obat yang diajukan adalah penggunaan cannabidiol (CBD). Pada tahun 2018, Food and Drugs Administration (FDA) menyetujui penggunaan CBD (epidyolex)

sebagai obat terapi adjunctive (tambahan) pada sindrom Dravet dan Lennox-Gastaut. Sepanjang penelusuran literatur yang terkait dengan penggunaan cannabidiol dalam pengobatan epilepsi, belum banyak dilakukan penelitian yang memadai.

Penelitian yang dilakukan oleh Devinsky dkk. pada tahun 2017 di Amerika dan Eropa dengan uji klinis double-blind cannabidiol oral, dosis 20 mg per kilogram berat badan terhadap frekuensi kejang konvulsif pada 120 anak usia 2-18 tahun dengan sindrom Dravet selama 14 minggu, didapatkan hasil penurunan frekuensi kejang. Namun, pada penelitian ini terdapat 75% pasien mengalami efek samping berupa mengantuk, muntah, lesu, demam, infeksi saluran napas atas, penurunan nafsu makan, diare dan peningkatan kadar enzim liver/hati dibandingkan pada kelompok plasebo. Selain itu, penelitian ini belum meneliti mengenai efek dan efikasi jangka panjang.

Penelitian lain berupa uji klinis double-blind yang dilakukan oleh Devinsky dkk pada tahun 2015 di Amerika dan Inggris. Penelitian ini dilakukan untuk mengevaluasi keamanan dari cannabidiol (CBD) dengan dosis 5, 10, dan 20 mg per kilogram berat badan per hari pada 34 pasien anak dengan sindrom Dravet usia 4-10 tahun. Penelitian ini dilakukan dengan 3 minggu pemberian terapi. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya efek samping yang lebih banyak pada pasien yang diberikan CBD dibandingkan dengan placebo. Efek samping berupa demam, mengantuk, penurunan nafsu makan, efek sedasi, muntah, nasofaringitis, ataksia, infeksi gastrointestinal, lesu, perilaku yang abnormal, nyeri perut atas, pneumonia, kemerahan di kulit, infeksi virus, pharyngitis streptococcal, dan hiperaktifitas psikomotor. Sebanyak 22% pasien mengalami peningkatan 3 kali lipat kadar enzim liver/hati.

Penelitian uji klinis double-blind pada 171 pasien sindrom Lennox-Gastaut usia 2-55 tahun dilakukan oleh Thiele dkk. pada tahun 2015 di Amerika, Belanda, dan Polandia dengan terapi cannabidiol dosis 20 mg per kilogram berat badan per hari selama 14 minggu. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengurangan kejang, tetapi terdapat efek samping yang lebih banyak didapatkan pada kelompok cannabidiol dibandingkan kelompok kontrol (86% vs 69%). Efek samping yang terjadi adalah diare, mengantuk, demam, penurunan nafsu makan, dan muntah. Sebanyak 14% pasien

ditarik dari penelitian karena efek samping obat. Efek samping serius terjadi pada 23% pada kelompok cannabidiol, yaitu 1 pasien meninggal karena acute distress respiratory syndrome, 1 pasien mengalami sleep apnea dan status epileptikus, dan lebih dari 3% pasien mengalami peningkatan enzim liver/hati. Pada penelitian ini tidak dieksplor mengenai potensi interaksi obat-obatan yang digunakan pasien yang berpengaruh pada efikasi dan keamanan obat. Keberagaman etnis juga sangat rendah karena 90% subjek adalah orang kulit putih. Selain itu juga, efikasi dan keamanan jangka panjang cannabidiol belum diteliti.

Penelitian mengenai efek cannabidiol pada pasien sindrom Lennox-Gastaut juga diteliti oleh Devinsky pada tahun 2018. Penelitian uji klinis double-blind ini dilakukan pada 225 pasien sindrom Lennox-Gastaut usia 2-55 tahun yang menerima terapi cannabidiol dosis 10 dan 20 mg per kilogram berat badan per hari selama 14 minggu. Penelitian ini dilakukan di Amerika, Spanyol, Inggris, dan Prancis. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya penurunan frekuensi drop seizure yang signifikan sebanyak minimal 50%. Namun didapatkan sebanyak 94% pasien dengan dosis cannabidiol 20 mg per kilogram berat badan per hari dan sebanyak 84% pasien dengan dosis cannabidiol 10 mg per kilogram berat badan per hari dilaporkan mengalami efek samping. Efek samping berupa mengantuk, penurunan nafsu makan dan diare. Efek samping yang serius dilaporkan adalah peningkatan kadar enzim hati yang banyak terjadi pada pasien yang diberikan dosis cannabidiol 20 mg per kilogram berat badan per hari dan pasien yang mengonsumsi asam valproat secara bersamaan.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Cannabis-based Medicinal Products Evidence Review for Epilepsy tidak dapat membuat rekomendasi untuk penggunaan obat-obat ini karena keterbatasan penelitian dan efek samping obat yang ditimbulkan. Penelitian banyak dilakukan pada anak dan pasien usia muda dengan epilepsi resisten obat yang berat sehingga efek samping obat dikuatirkan dapat berlangsung dalam jangka waktu yang lama dan mempengaruhi hidupnya di kemudian hari. Komite ini juga menyadari bahwa rekomendasi ini tidak banyak membantu, dan diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mendapatkan bukti yang lebih baik sehingga rekomendasinya lebih terarah.

Spastisitas yang sering terjadi pada anak dengan cerebral palsy merupakan tantangan utama dalam rehabilitasi. Spastisitas dapat menghambat fungsi, menyebabkan rasa sakit, mengganggu tidur, dan menyebabkan kontraktur. Spastisitas didefinisikan sebagai peningkatan resistensi terhadap peregangan otot pasif atau gangguan aktivitas otot involunter yang berhubungan dengan gangguan sistem saraf pusat. Spastisitas dapat mengakibatkan masalah fungsional kehidupan sehari-hari, nyeri otot, gangguan kemampuan berdiri dan berjalan, postur tubuh distonik, dan kontraktur. Diagnosis spastisitas membutuhkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan neurologis meliputi kekuatan otot, tonus otot, gerakan aktif dan pasif, sensorik, refleks tendon, deformitas ekstremitas dan tulang vertebra. Tata laksana spastisitas diantaranya dengan terapi nonfarmakologis dan farmakologis. Spastisitas tidak selalu membutuhkan intervensi, tergantung pada derajat fungsional yang disebabkan oleh spastisitasnya. Terapi fisik dan okupasi merupakan tatalaksana mendasar dari spastisitas. Terapi ini sebaiknya dimulai lebih awal sehingga mendapat hasil yang baik. Jika diperlukan, dapat ditambahkan medikasi oral, injeksi toksin botulinum/phenol, selective dorsal rhizotomy, dan intrathecal baclofen. Antispastisitas oral biasanya diberikan sebagai terapi lini pertama pada spastisitas umum, diantaranya dengan baclofen, diazepam, klonazepam, spastisitas fokal dapat diberikan injeksi toksin botulinum, dilakukan pada otot kompleks gastrocnemius-soleus, hamstring, adduktor panggul, dan otot fleksor ekstremitas atas. Penggunaan bersama terapi fisik dan okupasi dapat meningkatkan hasil luaran fungsional. Intrathecal baclofen merupakan terapi untuk mengontrol spastisitas, dengan injeksi baclofen secara langsung ke medula spinalis. Terapi ini dilakukan pada spastisitas berat yang memiliki efek samping signifikan dengan obat antispastisitas oral atau tidak ada respon yang adekuat. Selective dorsal rhizotomy merupakan prosedur operasi pada medula spinalis.

Saat ini, terdapat beberapa penelitian penanganan spastisitas menggunakan cannabidiol pada pasien cerebralpalsy.

Pada penelitian uji klinis double-blind yang dilakukan oleh Fairhurst dkk. tahun 2020 dengan nabiximols cannabinoid maksimal 12 spray/hari selama 12 minggu, efikasi dan keamanan nabiximols cannabinoid pada 72 pasien

anak cerebral palsy dan trauma kepala dengan spastisitas usia 8-18 tahun, tidak mendapatkan perbedaan hasil yang bermakna antara pasien yang diberikan obat nabiximols cannabinoid dan placebo. Hal lain yang harus diperhatikan adalah efek samping penggunaan obat berupa gangguan neuropsikiatrik. Dari penelitian ini, nabiximols cannabinoid tidak dapat dipergunakan untuk penanganan spastisitas pada anak dengan cerebral palsy maupun trauma kepala.

Penelitian yang dilakukan oleh Libzon dkk. pada tahun 2018, pada 20 pasien anak dengan severe complex motor disorder, usia 1-17 tahun selama lima bulan. Sebanyak lima pasien mengundurkan diri dari penelitian ini karena tidak ada perbaikan selama dua bulan terapi, frekuensi kejang yang bertambah, mengalami iritabilitas yang berat, menjalani operasi ortopedi. Penelitian ini menunjukkan hasil perbaikan dalam spastisitas dan distonia, kesulitan tidur, keparahan nyeri, dan kualitas hidup. Namun pada studi ini, jumlah subjek sedikit dan tidak ada kelompok kontrol sehingga tidak ada pembandingnya.

Kelemahan pada penelitian ini juga mencakup tidak adanya pemeriksaan efek samping gangguan kognisi dan psikologis pada pasien-pasien ini.

Dengan berdasarkan uraian di atas, dapat dikemukakan dua hal, yaitu:

Pemberian obat cannabinoid pada pasien epilepsi anak tidak diperlukan pada saat ini, mengingat obat yang sudah ada saat ini memadai. Penelitian yang ada, masih belum cukup untuk menilai efektifitas dan keamanan obat-obat ini.

Pemberian obat cannabinoid sebagai terapi spastisitas pada pasien cerebral palsy saat ini belum diperlukan, mengingat hasil penelitian yang masih tidak konsisten.

4. Brigjen Pol (P) Drs. Mufti Djusnir, M.SI, APT.

I. Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika adalah sebagai berikut:

Pada Pasal 6 ayat (1) Undang-Undang R.I Nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika; dinyatakan bahwa Narkotika sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 digolongkan ke dalam: Narkotika Golongan I;

Pada Pasal 8 ayat (1) dinyatakan bahwa Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan.

Namun pada pelarangan ini, Pemerintah masih memberikan peluang untuk digunakan pada pelayanan kesehatan, melalui beberapa tahapan, sebagaimana dinyatakan didalam Pasal 8 ayat (2) yang berbunyi;

Dalam jumlah terbatas, Narkotika Golongan I dapat digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan untuk reagensia diagnostik, serta reagensia laboratorium setelah mendapatkan persetujuan Menteri atas rekomendasi Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan.

Pada penjelasan Pasal 7 dinyatakan bahwa;

Yang dimaksud dengan “pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi” adalah penggunaan Narkotika terutama untuk kepentingan pengobatan dan rehabilitasi, termasuk untuk kepentingan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan serta keterampilan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah yang tugas dan fungsinya melakukan pengawasan, penyelidikan, penyidikan, dan pemberantasan peredaran gelap Narkotika.

Dari Penjelasan point 1 diatas, sesuai dengan keahlian /ilmu yang kami miliki, serta pengalaman tugas kami sebagai Kepala Pusat Laboratorium Narkotika BNN, yang bertugas melakukan Analisis, Pengujian, serta penelitian terhadap Barang Bukti Narkotika serta zat-zat /senyawa yang diduga Narkotika, dalam rangka Pro Yusticia, sehingga dapat kami nyatakan bahwa;

Suatu penelitian terhadap suatu jenis Narkotika Golongan I, sebagaimana yang dijelaskan didalam Pasal 8 ayat (2) Undang-Undang No 35 tahun 2009, dan bila ternyata jenis narkotika tersebut mengandung zat aktif yang dapat diduga mempunyai khasiat sebagai obat, masih harus dilakukan pengujian/ Penelitian Pendahuluan secara Invitro dan Invivo, untuk mengetahui efek samping/dampak buruk terhadap tubuh.

Bila tahap Pengujian ini selesai masih harus dilanjutkan dengan pengujian/ Penelitian selanjutnya yaitu;

Uji Preklinis dan Uji Klinis, yaitu uji terhadap hewan percobaan yang dilanjutkan uji terhadap manusia, untuk memastikan efektifitas, keamanan dan gambaran efek samping/ dampak buruk yang ditimbulkan akibat pemberian suatu jenis zat /senyawa.

Apabila hasil pengujian pada tahapan ini dinyatakan efektif, aman dan berkhasiat, maka tahap ahir dari pengujian/penelitian ini adalah tahap penggolongan narkotika, apakah termasuk kedalam Narkotika Golongan II (jenis narkotika yang memiliki daya adiktif yang kuat tetapi bermanfaat untuk pengobatan, ataukah masuk kedalam Narkotika Golongan III (jenis Narkotika yang memiliki daya adiktif ringan, namun bermanfaat untuk pengobatan).

II. Informasi yang kami terima dari Kuasa Hukum JPN bahwa, Ahli dari Pemohon mengatakan bahwa Pasal 6 ayat (1) huruf a beserta Pasal 8 ayat (1) Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, bertentangan dengan ketentuan Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Pernyataan tersebut tidak dapat Kami terima, mengingat;

1. Pada pembukaan Undang Undang Dasar RI 1945 alinea ke 4 terdapat tujuan Pemerintah RI yaitu;
Membentuk suatu Pemerintah Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa.
2. Menindaklanjuti Tujuan Pemerintah tersebut, ditetapkanlah Undang-Undang RI tentang Narkotika sesuai yang tertera didalam Pasal 4, yang bertujuan untuk;
 - a. Menjamin ketersediaan Narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
 - b. Mencegah, melindungi, dan menyelamatkan bangsa Indonesia dari penyalahgunaan Narkotika;
 - c. Memberantas peredaran gelap Narkotika dan Prekursor Narkotika; dan
 - d. Menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi Penyalah Guna dan pecandu Narkotika.
3. Dari penjelasan di atas, jelas bahwa keberadaan Undang-Undang Nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika, tidak bertentangan dengan Undang-undang Dasar 1945 dimana;
 - a. Narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan dapat tersedia;

- b. Kebutuhan akan jenis-jenis Narkotika baru, dapat diperoleh melalui tahapan penelitian/pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
 - c. Segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, dapat terlindungi dari dampak buruk akibat Peredaran dan Penyalahgunaan Narkotika;
 - d. Serta dapat merahabilitasi anak bangsa yang telah terlanjur terjerumus kedalam penyalahgunaan Narkotika.
4. Cannabis dan Canabis Resin;
- a. Canabis yang dapat digunakan dalam pengobatan, hanya canabis hasil budidaya rekayasa genetik, agar didapatkan kandungan THC dalam jumlah kecil dan CBD dalam jumlah Dominan.
 - b. Jenis Canabis yang tumbuh di Indonesia, bukanlah jenis canabis yang dapat digunakan untuk pengobatan, karena kandungan THC nya jauh lebih besar dari pada Kandungan CBD nya.
 - c. Penggunaan ganja memiliki kecenderungan digunakan untuk kebutuhan rekreasi ketimbang medis (membutuhkan treatment tertentu). Tingginya kasus sitaan ganja di Indonesia (urutan kedua setelah sabu) menunjukkan bahwa ganja banyak disalahgunakan untuk kepentingan rekreasional. (data terlampir)
 - d. Senyawa terpenoid yang terdapat pada resin/damar ganja sangat banyak, sangat bervariasi di antara varietas, tidak lebih dari 40 terpene yang diketahui telah diidentifikasi dalam satu tanaman sampel,
 - e. Tanaman cannabis saat ini di Indonesia mempunyai efek yang merugikan jauh lebih besar dibandingkan manfaatnya.
 - f. Bahwa “potensi terapeutik” dari preparat cannabis tidak mempunyai ke khususan, sehingga masih banyak preparat farmasi lain yang dapat dipakai.

III. Hasil Voting Pada Reconvened-63rd Session Commission On Narcotic Drugs Terkait Cannabis Dan Cannabis Resin.

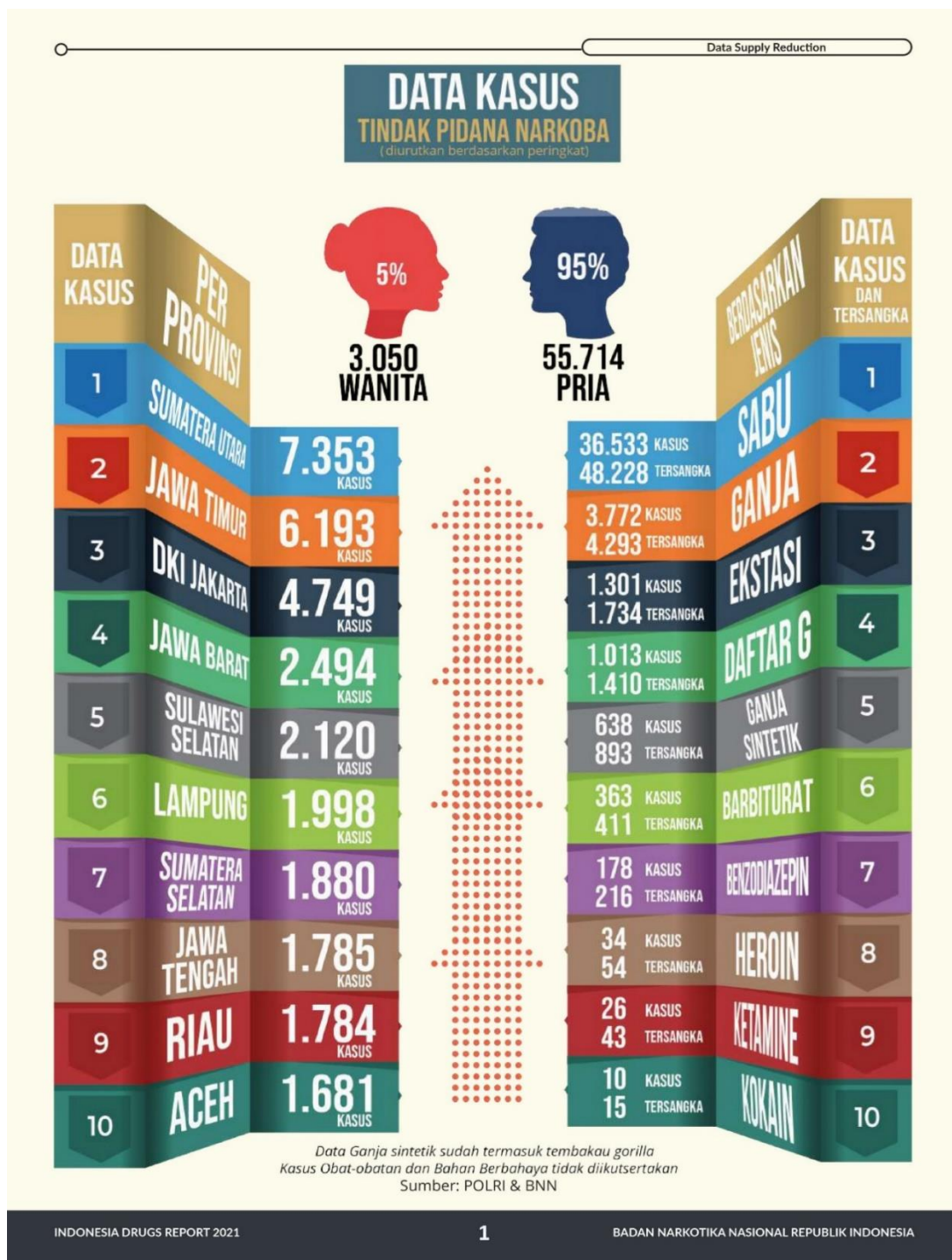
1. Pertama-tama perlu diluruskan pemberitaan tentang keputusan PBB untuk melegalisasi ganja. Yang sebenarnya terjadi adalah keputusan Commission on Narcotics Drugs (CND), yaitu Komisi Fungsional di bawah ECOSOC PBB untuk menerima rekomendasi dari Expert

Committee on Drugs Dependence (ECDD), yaitu mekanisme expert di bawah World Health Organization (WHO).

2. ECDD WHO pada tahun 2019 memberikan rekomendasi kepada CND untuk menghapus cannabis dan cannabis resin dari Schedule IV Convention on Narcotics Drugs 1961 dan hanya berada pada Schedule I Convention dimaksud.
3. Rekomendasi ini mendapat pro dan kontra hingga pada Sidang Reconvened Sesi ke-63 CND di Wina, Austria, pada tanggal 2 Desember 2020, akhirnya dilakukan voting dengan hasil 27 negara menerima, 25 negara menolak, dan 1 negara abstain. Indonesia saat ini bukan negara anggota CND jadi tidak memiliki hak suara.
4. Schedule IV Konvensi 1961 dibuat utk substansi yang sangat berbahaya, tidak memiliki manfaat medis, serta beresiko sangat tinggi terhadap kesehatan. Sedangkan Schedule I dibuat untuk substansi yang dapat memiliki manfaat medis namun ada resiko penyalahgunaan yang sangat besar.
5. Hasil voting tersebut hanya berarti CND setuju untuk menerima rekomendasi ECDD WHO untuk menghapuskan cannabis dan cannabis resin dari Schedule IV. Namun cannabis dan cannabis resin masih tetap berada di Schedule I Konvensi Narkotika 1961 yang artinya masih harus berada di bawah international control regime yang sangat ketat karena resiko penyalahgunaan yang besar. Penempatan cannabis dan cannabis resin pada Schedule I Konvensi 1961 bukan berarti cannabis menjadi substansi legal untuk digunakan bagi keperluan rekreasional.
6. Konvensi Narkotika 1961 mengakui kedaulatan negara dalam penerapan secara domestik. Sesuai pasal 39 Konvensi Narkotika 1961, negara anggota memiliki hak untuk menerapkan pengaturan dalam negeri sendiri yang lebih ketat, sesuai dengan pertimbangan masing-masing, apabila sebuah substansi dipandang berbahaya.
7. Dalam hal ini, Indonesia masih memiliki Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, di mana ganja dan turunannya masuk dalam golongan 1 (sangat berbahaya). Hasil kajian yang dilakukan oleh pakar-pakar kesehatan Indonesia pun menunjukkan hasil yang

berbeda dengan rekomendasi WHO-ECDD, yang artinya perlu dilakukan kajian lagi lebih mendalam tentang karakter cannabis.

LAMPIRAN-LAMPIRAN



JUMLAH PENYITAAN NARKOBA

JENIS PSIKOTROPIKA DISITA

01 Daftar G
3.885.414 Tablet

02 Barbiturat
65.774 Tablet

03 Benzodiazepin
564.522 Tablet

04 Happy Five
9.890 Tablet

05 Ketamin
8.198,33 Gram

PEMUSNAHAN GANJA



LUAS AREA **117,50**
DIMUSNAHKAN hektar



TOTAL **132,85** ton
GANJA DIMUSNAHKAN

BB NARKOTIKA DISITA

01 Sabu
7.805.829,25 Gram

02 Ekstasi
1.543.336,50 Tablet

03 PCC/Carisoprodol
400.000 Tablet

04 Ganja Sintetik
338.920 Gram

05 Heroin
44.060,63 Gram

06 Ekstasi
14.361,61 Gram

07 Kokain
453,13 Gram

08 Hashish
64,59 Gram

09 Dimetiltriptamina
1.992,49 Gram

Sumber: POLRI & BNN

**DATA JUMLAH KASUS, TERSANGKA DAN
BARANG BUKTI 2020**

Tabel 1. Jumlah Kasus Narkoba Berdasarkan Jenis Kasus

No.	Jenis Kasus	Jumlah Kasus		Jumlah
		Polri	BNN	
I.	Narkotika	41.168	831	41.999
	1. Ganja	3.669	103	3.772
	2. Heroin	34	0	34
	3. Hashish	4	0	4
	4. Kokain	10	0	10
	5. Carisoprodol	0	1	1
	6. Ekstasi	1.263	39	1.302
	7. Sabu	35.877	655	36.532
	8. Tembakau Gorila/Ganja Sintetik	311	28	339
	9. Tanaman/Serbuk Tanaman	0	2	2
	10. Turunan Katinona	0	1	1
	1. Turunan Triptamin	0	2	2
II.	Psikotropika	1.553	1	1.554
	1. Daftar G	1.012	1	1.013
	1. Golongan III	178	0	178
	2. Golongan IV	363	0	363
III.	Bahan Berbahaya	510	0	510
	1. Miras	488	0	488
	2. Jamu Tradisional	13	0	13
	3. Kosmetik	9	0	9
IV.	Psikoaktif Baru	325	0	325
	1. Synthetic Cannabinoid	298	0	298
	2. Ketamine	26	0	26
	3. Zat-zat Lainnya	1	0	1
V.	Obat-obatan	842	0	842
	1. Obat Keras	494	0	494
	2. Obat Keras Terbatas	344	0	344
	3. Obat Bebas	4	0	4
VI.	Clandestine Lab	0	1	1
Jumlah		44.398	833	45.231

Sumber : Polri dan BNN, Maret 2021

Tabel 2. Jumlah Tersangka Kasus Narkoba Berdasarkan Jenis Narkoba

No.	Jenis Narkoba	Jumlah Tersangka		Jumlah
		Polri	BNN	
I.	Narkotika	53.476	1.302	54.778
	1. Ganja	4.143	150	4.293
	2. Heroin	54	0	54
	3. Hashish	4	0	4
	4. Kokain	15	0	15
	5. Carisoprodol	0	1	1
	6. Ekstasi	1.671	64	1.735
	7. Sabu	47.167	1.057	48.224
	8. Tembakau Gorila/Ganja Sintetik	422	29	451
	9. Tanaman/Serbuk Tanaman	0	0	0
	10. Turunan Katinona	0	0	0
	11. Turunan Triptamin	0	1	1
II.	Psikotropika	2.036	1	2.037
	1. Daftar G	1.409	1	1.410
	1. Golongan III	216	0	216
	2. Golongan IV	411	0	411
III.	Bahan Berbahaya	480	0	480
	1. Miras	457	0	457
	2. Jamu Tradisional	12	0	12
	3. Kosmetik	11	0	11
IV.	Psikoaktif Baru	485	0	385
	1. Synthetic Cannabinoid	441	0	441
	2. Ketamine	43	0	43
	3. Zat-zat Lainnya	1	0	1
V.	Obat-obatan	982	0	982
	1. Obat Keras	607	0	607
	2. Obat Keras Terbatas	371	0	371
	3. Obat Bebas	4	0	4
VI.	Clandestine Lab	0	2	2
Jumlah		57.459	1.305	58.764

Sumber : Polri dan BNN, Maret 2021

Tabel 3. Pemingkatan Keberhasilan Penyitaan Barang Bukti Narkotika Per Wilayah

No.	Wilayah	Barang Bukti					
		Ganja (Gr)			Shabu (Gr)		
		Polri	BNN	Jumlah	Polri	BNN	Jumlah
1.	Pusat	357.214,56	1.859.525,08	2.216.739,64	834.423,18	697.892,83	1.532.316,01
2.	Aceh	1.579.223,36	0	1.579.223,36	469.500,44	347,88	469.848,32
3.	Sumut	1.716.426,74	18.889,84	1.735.316,58	702.500,00	32.652,50	735.152,50
4.	Sumbar	1.061.570	5.407,64	1.066.978	12.840,00	26,51	12.866,51
5.	Bengkulu	47.821,94	56.652,38	104.474,32	1.109,13	2.927,24	4.036,37
6.	Sumsel	831.502,55	12,18	831.514,73	86.502,55	15.125,46	101.628,01
7.	Lampung	497.614,42	210.392,38	708.006,80	299.307,85	23.560,63	322.868,48
8.	Babel	1.882,91	4,94	1.887,85	212.821,91	4.106,78	216.928,69
9.	Jambi	62.845,97	0	62.845,97	120.612,27	16.865,86	137.478,13
10.	Kepri	23.184,67	3,75	23.188,42	196.056,12	93.022,30	289.078,42
11.	Riau	158.023,65	3.102,07	161.125,72	602.611,79	62.092,96	664.704,75
12.	Banten	308.262,19	0	308.262,19	19.278,56	9.000,00	28.278,56
13.	DKI Jakarta	1.399.610,13	4.858,96	1.404.469,09	1.705.350,05	3.213,04	1.708.563,09
14.	Jabar	69.373,48	115.736,83	185.110,31	32.461,48	186,52	32.648,00
15.	Jateng	9.252,20	9.975,95	19.228,15	15.884,00	2.232,10	18.116,10
16.	D.I.Y	3.884,71	3.084,00	6.968,71	1.945,67	2.816,94	4.762,61
17.	Jatim	61.776,00	4.696,19	66.472,19	350.908,18	16.912,78	367.820,96
18.	Bali	17.102,11	107.271,69	124.373,80	5.722,87	104.877,18	110.600,05
19.	NTB	16.680,25	4.000,55	20.680,80	14.193,25	3.935,49	18.128,74
20.	NTT	1.368,98	0	1.368,98	70,84	0,58	71,42
21.	Kaltara	0	0	0,00	49.711,79	19.101,71	68.813,50
22.	Kalbar	11.660,31	0	11.660,31	58.886,41	1.8406,90	77.293,31
23.	Kaltim	3.056,76	2.151,53	5.208,29	124.202,66	4.600,40	128.803,06
24.	Kalteng	0	0	0,00	13.726,83	57.04,97	13.726,83
25.	Kalsel	645,84	5,00	650,84	712.873,83	44.40,03	712.873,83
26.	Sulut	388,4	196,55	584,95	414,73	0	414,73
27.	Sulbar	0	0	0	5.708,06	265,03	5.973,09
28.	Gorontalo	97,88	3,12	101,00	104,26	139.993,00	140.097,26
29.	Sulteng	4,39	1,15	5,54	57.869,51	796,54	58.666,05
30.	Sulsel	4.104,60	1.178,00	5.282,60	32.239,57	2.247,46	34.487,03
31.	Sultra	2.805,12	90,00	2.895,12	4.949,18	4.032,97	8.982,15
32.	Maluku	1.099,52	0	1.099,52	180,75	200,00	380,75
33.	Malut	11.378,16	488,81	11.866,97	401,53	19,78	421,31
34.	Papua	74.867,32	1.283,68	76.151,00	158,27	158,27	316,54
35.	Papbar	15.339,14	1.740,00	17.079,14	406,72	301,78	708,50
Jumlah		8.350.068,26	2.410.752,27	10.760.820,53	6.747.468,37	1.281.918,04	8.027.853,66

Sumber : Polri dan BNN, Maret 2021

Tabel 4. Jumlah Barang Bukti Ganja yang Ditemukan

No.	Barang Bukti	Jumlah Barang Bukti		Jumlah
		Polri	BNN	
1.	Daun Ganja (Gram)*	51.143.246,20	81.711.271,95	132.854.518,15
2.	Luas Area Ganja (Ha)	87	30,5	117,50
3.	Biji Ganja (Gram)	0	190,50	190,50
	Biji Ganja (Butir/Buah)	0	270,00	270,00

* Termasuk gabungan dari penemuan ladang ganja di Aceh dan sitaan tangkapan di seluruh wilayah
Sumber : Polri dan BNN, Maret 2021

5. Prof. Dr. RER. NAT. APT. Rahmana Emran Kartasasmita, M.Si.

I. Dasar Pengaturan Narkotika di Suatu Negara

Pada dasarnya suatu zat/substansi apapun memiliki potensi dan sifat racun. Dalam bidang farmasi dan kedokteran, hal tersebut sudah dipahami sejak lama. Paracelsus, seorang ahli farmakologi-toksikologi yang hidup antara tahun 1493 – 1541, menyatakan:

“Alle Dinge sind Gift, und nichts ist ohne Gift. Allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist”.

(Terjemahan bebas: Segala sesuatu merupakan racun dan tidak ada yang tanpa racun. Dosislah yang menjadikan sesuatu bukan racun)

Pemikiran Paracelsus tersebut, sangat mempengaruhi perkembangan ilmu dan profesi farmasi maupun kedokteran, termasuk dalam penanganan zat/substansi yang digunakan untuk upaya penanganan/penyembuhan penyakit pada manusia, yang selanjutnya lazim diistilahkan dengan “obat”. Mengingat “obat” merupakan zat/substansi yang memiliki manfaat dalam upaya penanganan/penyembuhan penyakit pada manusia, namun sekaligus memiliki sifat racun, maka perlu ditangani oleh orang yang memiliki keahlian khusus dan di sarana/tempat yang khusus.

Dalam perkembangan selanjutnya, sesuai dengan prinsip *Risk Management* zat/substansi yang memiliki potensi/sifat racun, negara, dalam hal ini sebagai *Risk Manager*, perlu melakukan pengaturan terhadap zat/substansi tersebut, termasuk mengatur obat, terlebih narkotika yang memiliki efek adiktif dan potensi penyalahgunaan. Di Indonesia, narkotika diatur dalam Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika. Pada Pasal 6, ayat (1) Undang-Undang tersebut, dinyatakan:

- (1) Narkotika sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 digolongkan ke dalam:
 - a. Narkotika Golongan I;
 - b. Narkotika Golongan II; dan
 - c. Narkotika Golongan III.

Selanjutnya pada Pasal 7 dinyatakan:

Narkotika hanya dapat digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Sedangkan pada Pasal 8 dinyatakan:

- (1) Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan.
- (2) Dalam jumlah terbatas, Narkotika Golongan I dapat digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan untuk reagensia diagnostik, serta reagensia laboratorium setelah mendapatkan persetujuan Menteri atas rekomendasi Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan.

Berdasarkan Pasal 7 dan 8, Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan, namun tidak dilarang digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Pada penjelasan Pasal 7 dinyatakan:

Yang dimaksud dengan “pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi” adalah penggunaan Narkotika terutama untuk kepentingan pengobatan dan rehabilitasi, termasuk untuk kepentingan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan serta keterampilan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah yang tugas dan fungsinya melakukan pengawasan, penyelidikan, penyidikan, dan pemberantasan peredaran gelap Narkotika.

II. Pembuktian *Safety, Efficacy, and Quality* (Keamanan, Khasiat, dan Kualitas) Suatu Zat/Substansi Yang Digunakan Sebagai Obat

Safety, Efficacy, and Quality (Keamanan, Khasiat, dan Kualitas) merupakan persyaratan yang harus dipenuhi oleh suatu zat/substansi sebelum dapat digunakan sebagai obat untuk kepentingan pelayanan kesehatan, atau dengan kata lain dapat digunakan secara klinis. Pembuktian Keamanan, Khasiat, dan Kualitas, harus dilakukan sejak suatu zat/substansi masih dalam tahap *Drug Discovery and Development* (Penemuan dan Pengembangan Obat) yang mencakup serangkaian tahapan pengujian pra klinik dan klinik. Proses Penemuan dan Pengembangan Obat jelas merupakan kegiatan pengembangan ilmu pengetahuan atau dengan kata lain kegiatan penelitian dan pengembangan untuk mendapatkan obat yang layak dan dapat digunakan untuk pelayanan kesehatan.

Dalam proses Penemuan Obat, pada tahap pengujian pra klinik, keamanan suatu zat/substansi dibuktikan melalui berbagai uji toksisitas, yang pada intinya harus dibuktikan, bahwa zat/substansi yang diuji, berdasarkan kaidah saintifik, aman untuk digunakan pada manusia. Pada tahapan ini, khasiat suatu zat/substansi dibuktikan melalui serangkaian pengujian farmakologi eksperimental menggunakan hewan uji

dan harus bisa dibuktikan, zat yang diuji mampu memberikan efek farmakologi yang diinginkan secara signifikan. Terkait Kualitas, bahkan sebelum zat/substansi tersebut diuji Keamanan dan Khasiatnya pada tahap pengujian pra klinik, harus didesain dan dipastikan melalui proses preparasi/pembuatan yang terstandarisir sehingga kualitasnya, termasuk kemurniannya dapat dijamin. Sehubungan dengan hal tersebut, proses penemuan obat juga mencakup penyusunan persyaratan spesifikasi zat/substansi yang diteliti serta berbagai metode uji fisiko-kimia yang diperlukan untuk pengujiannya secara laboratorium. Selanjutnya, persyaratan spesifikasi tersebut, dikembangkan menjadi monografi yang berisi persyaratan informatif dan normatif terkait zat/substansi yang sedang diteliti. Bila di kemudian hari, zat/substansi yang diteliti lolos semua pengujian pra klinis dan klinis, serta dinyatakan diizinkan sebagai obat untuk pelayanan kesehatan, maka monografi tersebut dapat diadopsi menjadi bagian kompendium resmi yang berkekuatan hukum dan mengikat, yang dikenal dengan istilah Farmakope. Suatu zat dinyatakan berkualitas dan memenuhi persyaratan sebagai obat, hanya jika memenuhi semua persyaratan normatif yang dinyatakan dalam monografi obat tersebut yang termaktub dalam Farmakope yang berkekuatan hukum.

Bila suatu zat/substansi lolos semua pengujian pada tahap pra klinik, artinya zat/substansi tersebut memenuhi aspek Keamanan, Khasiat, dan Kualitas pada tahap pra klinik, maka zat/substansi tersebut statusnya menjadi “Kandidat Obat”. “Kandidat Obat” tersebut sebelum bisa menjadi “Obat” yang boleh digunakan untuk pelayanan kesehatan, masih harus dibuktikan Keamanan, Khasiat, dan Kualitas-nya melalui uji klinik (*Clinical Trial*) yang secara garis besar terdiri dari fase I sampai IV. Uji klinik tersebut perlu direncanakan, didesain, dan dilaksanakan mengikuti/sesuai dengan pedoman dan standar yang berlaku secara internasional dan protokol uji-nya perlu mendapat persetujuan dari otoritas regulasi terkait di negara yang bersangkutan. Bila suatu “Kandidat Obat” lolos uji klinik fase III, maka “Kandidat Obat” tersebut sudah boleh digunakan dalam pelayanan kesehatan, namun masih harus dilakukan monitoring efek samping obat secara ketat melalui uji klinik fase IV.

III. Ganja/*Cannabis* dan Senyawa *Cannabinoids* Serta Status Pengaturannya

Pengertian istilah Ganja atau *Cannabis* diantaranya dapat dilihat dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) dan *The 1961 United Nations Single Convention on Narcotic Drugs*. Menurut KBBI online (<https://kbbi.web.id/ganja-2>, diakses 06.02.2022, pukul 19.55), ganja merupakan tanaman setahun yang mudah tumbuh,

merupakan tumbuhan berumah dua (pohon yang satu berbunga jantan, yang satu berbunga betina), pada bunga betina terdapat tudung bulu-bulu runcing mengeluarkan damar yang kemudian dikeringkan, damar dan daun mengandung zat narkotik aktif, terutama tetrahidrokanabinol yang dapat memabukkan, sering dijadikan ramuan tembakau untuk rokok. Sedangkan menurut *The 1961 United Nations Single Convention on Narcotic Drugs* [3], "*Cannabis*" means the flowering or fruiting tops of the cannabis plant (excluding the seeds and leaves when not accompanied by the tops) from which the resin has not been extracted, by whatever name they may be designated.

("Cannabis" berarti bagian atas/pucuk tanaman *Cannabis* yang sedang berbunga atau berbuah (tidak termasuk biji dan daun bila tidak disertai bagian atas / pucuk) yang belum diekstraksi resinnya, dengan cara apapun).

Ganja atau *Cannabis* lazim juga disebut *Marihuana*, dapat diolah untuk menghasilkan *Cannabis Resin* yang dikenal dengan istilah *Haschisch*. Selain diambil resinnya, tanaman ganja juga bisa diolah untuk menghasilkan ekstrak dan *tincture* menggunakan teknik dan pelarut yang cocok.

Dronabinol (Δ^9 -Tetrahydrocannabinol, Δ^9 -THC) dan stereoisomernya serta *Tetrahydrocannabinol* (THC) lain dan isomernya termasuk senyawa *Cannabinoids*, merupakan komponen kimia yang terkandung dalam tanaman ganja (*Cannabis sativa* L.). Sampai saat ini telah diketahui lebih dari 60 senyawa *Cannabinoids* yang dihasilkan oleh tanaman ini. Secara struktur kimia, senyawa *Cannabinoids* merupakan turunan dibenzofuran yang terhidrogenasi parsial dan secara biogenetik berasal dari geranildifosfat dan asam olivetolat. *Dronabinol* (Δ^9 -THC) merupakan komponen terpenting yang berefek psikotropik. *Marihuana* mengandung sekitar 5% sedangkan *Haschisch* sekitar 10-15% Δ^9 -THC dan THC lainnya. Senyawa *Cannabinoids* lainnya adalah *Cannabidiol*, *Cannabinol*, dan banyak senyawa lainnya.

Dronabinol (Δ^9 -THC) dan berbagai isomer THC memiliki rangka struktur kimia utama yang sama (dibenzofuran terhidrogenasi parsial) sehingga secara fisikokimia maupun aspek farmakologi/farmakodinamik akan mirip. Perbedaan diantara *Dronabinol* (Δ^9 -THC) dan berbagai isomer THC hanya pada posisi substituen dalam rangka struktur kimia utama dan aspek stereokimia/orientasi ruang.

Diantara senyawa *Cannabinoids*, yang sudah banyak diteliti adalah *DRONABINOL* (Δ^9 -THC). Senyawa ini mampu berikatan dengan reseptor CB1 (pada sistem saraf

pusat) dan CB2 (dalam sel pada sistem imun). Efek psikotropik *DRONABINOL* (Δ^9 -THC) tergantung dari dosis, pada orang dewasa 2-5 mg berefek sedasi yang memberikan rasa nyaman euforia, pada dua kali dosis tersebut (4-10 mg) menimbulkan gangguan penginderaan yang disertai dengan perubahan persepsi ruang dan waktu. Dosis 20-40 mg berefek menimbulkan kebingungan (*Verwirrtheit*) dan halusinasi, dosis lebih tinggi menyebabkan mual, pusing, gangguan bicara, sedangkan kesadaran tetap ada, tetapi kemampuan otak sangat menurun. *DRONABINOL* (Δ^9 -THC) menimbulkan ketergantungan psikis serta fisik dan penyalahgunaan yang terus menerus/berlangsung lama menyebabkan penurunan kinerja seseorang secara keseluruhan dan pada akhirnya menimbulkan penurunan mental. Menurut literatur lain, isomer THC merupakan senyawa psikoaktif yang memiliki efek euphoria dan halusinogen. Juga bersifat afrodisiak dan bila over dosis menyebabkan gangguan jantung dan sistem saraf pusat.

Penilaian praklinis potensi penyalahgunaan isomer THC didasarkan atas kemiripan efek farmakologis isomer tersebut dengan Δ^9 -THC, khususnya dari pengamatan substitusi Δ^9 -THC oleh isomer THC pada hewan yang dilatih untuk membedakan obat ini dari pembawa. Dari 6 isomer THC, 3 isomer sudah diuji pada hewan percobaan. $\Delta^{9(11)}$ -THC menunjukkan efek substitusi dengan hubungan dosis-efek penuh untuk Δ^9 -THC pada hewan, tetapi efeknya lebih lemah dari Δ^9 -THC (sekitar 1/3 efek Δ^9 -THC). Isomer ke-2, Δ^8 -THC menunjukkan kemiripan farmakologi dengan Δ^9 -THC. Δ^8 -THC juga menunjukkan efek substitusi dengan hubungan dosis-efek penuh untuk Δ^9 -THC pada hewan tetapi juga lebih lemah dari Δ^9 -THC. Sebaliknya, Δ^{10} -THC tidak menunjukkan efek substitusi untuk Δ^9 -THC.

Informasi yang tersedia tentang potensi penyalahgunaan isomer THC didasarkan pada kajian observasi awal di mana efek subyektif atau fisiologis pada relawan dibandingkan dengan yang dilaporkan setelah pemberian Δ^9 -THC. Dari enam isomer THC yang diikutsertakan dalam pra-ulasan ini, Δ^8 -THC dan $\Delta^{6a(10a)}$ -THC telah dinilai hasilnya pada manusia. Kedua isomer memberikan efek subyektif yang serupa dengan Δ^9 -THC bila diberikan secara per oral, i.v. dan/atau dihisap.

Secara internasional, saat ini, *Cannabis and Cannabis resin* berada dalam *Schedule I, The 1961 United Nations Single Convention on Narcotic Drugs* dengan pengertian sebagai berikut:

The 1961 United Nations Single Convention on Narcotic Drugs			
<i>Schedule</i>	<i>Potential harm for</i>	<i>Degree of control</i>	<i>Examples of listed drugs</i>
I	Substances with addictive properties, presenting a serious risk of abuse	Very strict: substances are subject to all measures of control applicable to drugs under this Convention (art 2.1)	Cannabis and its derivatives, cocaine, heroin, methadone, morphine, opium, tetrahydrocannabinol (THC)

Berdasarkan UU Narkotika No. 35 tahun 2009:, Pasal 6, ayat (1) serta Permenkes No. 4 Tahun 2021 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika, Pasal 1 dan Lampirannya, Tanaman ganja, semua tanaman genus-genus cannabis dan semua bagian dari tanaman termasuk biji, buah, jerami, hasil olahan tanaman ganja atau bagian tanaman ganja termasuk damar ganja dan hasis; *Tetrahydrocannabinol*, dan semua isomer serta semua bentuk stereokimianya; serta *Delta 9 tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC)*, dan semua bentuk stereo kimianya digolongkan sebagai Narkotika Golongan I.

Sesuai dengan ketentuan Pasal 8 UU Narkotika No. 35 tahun 2009, mengingat tanaman ganja dan produk turunannya termasuk berbagai senyawa *Cannabinoids*, digolongkan sebagai Narkotika Golongan I, maka dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan Kesehatan di Indonesia. Namun demikian tidak dilarang digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, sesuai dengan ketentuan Pasal 7 UU tersebut. Termasuk ke dalam pengertian pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam konteks obat-obatan adalah upaya *Drug Discovery and Development* (Penemuan dan Pengembangan Obat).

Bila tanaman ganja dan produk turunannya termasuk berbagai senyawa *Cannabinoids*, dikehendaki agar dapat digunakan sebagai obat untuk pelayanan kesehatan, maka hal tersebut hanya mungkin dilakukan melalui riset *Drug Discovery and Development* (Penemuan dan Pengembangan Obat) untuk membuktikan Keamanan, Khasiat, dan Kualitas-nya melalui berbagai pengujian pada tahap pra klinik maupun klinik. Berbagai pengujian tersebut harus mengikuti/sesuai dengan pedoman dan standar yang berlaku secara internasional dan protokol uji-nya perlu mendapat persetujuan dari otoritas regulasi yang berwenang di Indonesia, sebagaimana telah dijelaskan pada bagian II (Pembuktian *Safety, Efficacy, and*

Quality (Keamanan, Khasiat, dan Kualitas) Suatu Zat/Substansi Yang Digunakan Sebagai Obat) sebelumnya.

Beberapa senyawa *Cannabinoids* dan atau turunan sintetiknya, seperti *Marinol* (*Synthetic Dronabinol*), *Cesamet* (*Nabilone, Synthetic Cannabinoid*), dan *Epidiolex* (*Cannabidiol*) yang sudah diizinkan digunakan sebagai obat untuk pelayanan kesehatan di negara lain, tidak serta merta cocok untuk digunakan di Indonesia, mengingat adanya berbagai perbedaan etnik dan variabilitas individu populasi di negara tersebut dengan di Indonesia yang akan berpengaruh terhadap hasil-hasil uji klinis senyawa tersebut.

6. Dr. Ahmad Redi, S.H., M.H.

A. Pendahuluan

Izinkan Ahli menyampaikan keterangan terhadap 3 (tiga) hal, berikut ini:

1. Relasi Konstitusionalitas Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (2) Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (UU Narkotika) Terhadap Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945).
2. Perspektif Etika Medis Dalam Diskursus Legalisasi Ganja Untuk Kepentingan Pengobatan.
3. Ganja dan Penggolongan Narkotika Golongan 1 Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Dikaitkan Dengan Kerugian Hak Konstitusional Para Pemohon.

B. Relasi Konstitusionalitas Norma Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (2) UU Narkotika Terhadap Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945

Dalam Permohonan, para Pemohon menjadikan Pasal Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 sebagai batu uji untuk menyatakan bahwa ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika bertentangan dengan UUD 1945. Pasal 28C ayat (1) UUD 1945 dikaitkan dengan Permohonan para Pemohon mengatur mengenai jaminan hak bagi setiap orang untuk mendapatkan manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia. Sementara itu, Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 dikaitkan dengan Permonohan para Pemohon mengatur mengenai jaminan hak setiap orang untuk memperoleh pelayanan Kesehatan.

Dalam logika *argumentum a contrario* maka Ahli akan membuat bangunan argumentasi melalui pendekatan logis-kontra, sebagai berikut:

1. apakah setiap orang tidak dapat memperoleh hak manfaat ilmu pengetahuan dan teknologi dari penelitian dan pengembangan ganja sesuai Pasal 28C ayat (1) UUD 1945? dan
2. apakah setiap orang tidak mendapatkan hak pelayanan kesehatan dari negara sesuai Pasal 28H ayat (1) atas permasalahan kesehatannya sehingga menjadikan ganja sebagai satu-satunya bahan pengobatan untuk penyakitnya?

Kedua pertanyaan ini merupakan logika *a contrario* untuk menjawab pendapat Para Pemohon bahwa ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU Narkotika bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945.

Pertama, dalam Pasal 4 huruf a UU Narkotika telah mengatur mengenai ketersediaan narkotika untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. UU Narkotika memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi berbagai pemangku kepentingan untuk melakukan penelitian dan pengembangan narkotika. Hal ini tertuang dalam ketentuan Pasal 13 ayat (1) UU Narkotika, yang mengatur: “Lembaga ilmu pengetahuan yang berupa lembaga pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan yang diselenggarakan oleh pemerintah ataupun swasta dapat memperoleh, menanam, menyimpan, dan menggunakan Narkotika untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan teknologi setelah mendapatkan izin Menteri.”

Kementerian Kesehatan pun menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/118/2015 tentang Izin Memperoleh, Menanam, Menyimpan, dan Menggunakan Tanaman Papaver, Ganja, dan Koka. Sebelumnya diatur dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 132/MENKES/SK/III/2012. Sebagai pelaksanaan Keputusan Menteri Kesehatan ini, telah diberikan izin penelitian menggunakan ganja kepada organisasi, misalnya Yayasan Sativa Nusantara yang mengajukan permohonan dengan surat nomor 10/LGN/RH/X/2014 tentang Optimasi Kandidat Obat (Lead) Diabetes Menggunakan Ekstrak Akar, Bunga dan Biji Cannabis. Pada tanggal 30 Januari 2015, Kementerian Kesehatan mengeluarkan surat balasan

ditandatangani Kepala Balitbangkes dengan nomor LB.02.01/III.03/885/2015 tentang Izin Penelitian Menggunakan Cannabis.

Selanjutnya, dalam rangka melakukan penelitian dan pengembangan di bidang Kesehatan, secara kelembagaan, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan dibentuk pula Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Badan ini bertugas melaksanakan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan yang melahirkan inovasi untuk pembangunan kesehatan. Tentu hasil inovasi ini dimanfaatkan untuk pembangunan kesehatan rakyat.

Berdasarkan hal ini, maka jelas bahwa UU Narkotika sejalan dengan *sprit* Konstitusi, khususnya mengenai jaminan hak warga negara untuk mendapatkan manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi. Secara normatif bahwa tidak ada pelanggaran hak konstitusional warga negara dengan ketentuan adanya Penjelasan Pasal 6 dan Pasal 8 UU Narkotika terkait hak untuk memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi. Tentu, untuk memanfaatkan hasil penelitian dan pengembangan diperlukan prosedur baku dan tetap sehingga akhirnya sesuatu dapat dimanfaatkan bagi kepentingan pembangunan Kesehatan.

Kedua, hak setiap orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari negara sesuai Pasal 28H ayat (1) UUD 1945, telah pula dilakukan oleh negara melalui kelembagaan, ketatalaksanaan, dan sumber daya manusia di bidang kesehatan. Misalnya, Pemerintah sudah cukup menyediakan pengobatan terhadap penyakit-penyakit Cerebral Palsy dan Epilepsi. Dalam hal pengobatan epilepsi, Menteri Kesehatan telah pula menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/367/2017 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Epilepsi Pada Anak. Ketersediaan obat-obatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang didukung oleh sarana dan tenaga kesehatan yang kompeten untuk menggunakan obat-obat tersebut. Artinya, negara hadir untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi penderita epilepsi bahkan membuat regulasi sebagai norma, standar, prosedur, dan kriteria pelayanan kedokteran tata laksana epilepsi pada anak. Jelas, bahwa tidak ada kerugian hak konstitusional warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Apabila, dalam pelaksanaannya terdapat rintangan bagi setiap orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan maka hal ini merupakan *implementation problem* bukan *law making substance problem*.

Dengan demikian, Penjelasan Pasal 6 dan Pasal 8 UU Narkotika memiliki relasi konstitusional dengan ketentuan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945, yang di antara UU Narkotika dan UUD 1945 memiliki kohensi dan koherensi normatif.

C. Etika Medis Penggunaan Ganja

Secara umum, manusia selalu menyadari bahwa di dunia yang kompleks ini, terdapat 2 (dua) kemungkinan ketika dihadapkan pada situasi yang memiliki 2 (dua) konsekuensi, yaitu satu: kebaikan; dan kedua: kejahatan. Prinsip etika yang diterapkan pada situasi Ketika manusia dihadapkan pada 2 (dua) pilihan ini disebut *Principle of Double Effect*. Prinsip efek ganda ini menyangkut prinsip bahwa tindakan manusia selalu memiliki 2 (dua) efek yang berbeda. Salah satu efeknya adalah kebaikan yang diharapkan (*intended good*), yang lainnya yaitu efek buruk yang tidak diharapkan (*unintended devil*).

Sebagai prinsip etika, hal ini dimaksudkan untuk menjadi sesuatu prinsip yang tidak fleksibel sebagaimana rumus matematika, namun hal ini digunakan sebagai panduan dalam pertimbangan moral yang bijaksana untuk memecahkan dilema moral yang sulit bagi seseorang. Prinsip efek ganda menetapkan 4 (empat) kondisi yang harus dipenuhi agar suatu tindakan dengan efek baik dan efek buruk dapat dibenarkan secara etis:

1. Tindakan, yang dipertimbangkan dengan sendirinya dan terlepas dari efeknya, tidak boleh jahat secara moral. Objek tindakan harus baik atau indifferen.
2. Akibat buruk tidak boleh menjadi sarana untuk menghasilkan akibat yang baik.
3. Efek jahatnya tidak dimaksudkan dengan sungguh-sungguh, tetapi hanya ditoleransi.
4. Harus ada alasan yang proporsional untuk melakukan tindakan, terlepas dari konsekuensi jahat.

Prinsip efek ganda berlaku untuk memecahkan suatu persoalan, misalnya apakah etis bagi seorang dokter untuk meresepkan ganja untuk alasan medis karena memiliki 2 (dua) efek, yang satu baik dan yang lainnya jahat. Efek baiknya, misalnya, bahwa ganja yang dihisap lebih efektif daripada terapi konvensional dalam membantu pasien bertahan dari efek pengobatan konvensional yang diterima dan dapat membawa kesembuhan atau perbaikan

kondisi mereka. Efek buruknya adalah asap ganja memiliki efek toksik, ketergantungan, dan kerugian penyalahgunaan obat yang lebih serius dan ilegal, serta membahayakan kepentingan keamanan nasional. Untuk menentukan apakah etis bagi dokter untuk meresepkan ganja medis untuk pasien sebagai terapi medis, masalah ini akan dianalisis berdasarkan 4 (empat) kondisi prinsip efek ganda.

Kondisi pertama memungkinkan penggunaan ganja secara medis karena objek tindakan itu sendiri adalah baik. Objek moral adalah kebaikan yang tepat yang diinginkan secara bebas dalam tindakan ini. Kebaikan moral dari tindakan ini yaitu anggapan bahwa ganja mengobati rasa sakit, mual, dan untuk memerangi epilepsi. Tujuan langsungnya bukan untuk mendukung, mendorong, atau mempromosikan penggunaan narkoba ilegal. Sebaliknya, tujuan langsungnya adalah anggapan untuk membebaskan pasien dari rasa sakit dan penderitaan yang tidak perlu. Kondisi kedua tidak memungkinkan penggunaan ganja untuk pengobatan karena efek baik dari menghilangkan rasa sakit dan penderitaan dihasilkan melalui efek jahat. Kedua efek tersebut terjadi secara bersamaan. Ganja memiliki efek jahat yaitu ia merupakan narkotika yang tingkat penyalahgunaannya jauh lebih tinggi. Hal ini sebagaimana data dari Badan Narkotika Nasional (BNN), bahwa pada tahun 2020, BNN berhasil mengungkap 806 kasus tindak pidana narkotika dengan total tersangka sebanyak 1247 orang. Sejumlah barang bukti disita diantaranya 1,12 ton shabu, 2,36 ton daun ganja, dan 340.357 butir ekstasi. Pada tahun 2020 BNN juga telah memusnahkan lahan ganja dengan total luas mencapai 30,5 Hektare dan barang bukti tanaman ganja sebanyak 213.045 batang.

Kondisi geografis Indonesia yang sangat luas dengan bentuk menyebabkan beragam tanaman ganja dapat tumbuh dengan sangat subur dengan berbagai peluang besar terjadinya penyalahgunaan terhadap tanaman ganja yang perilaku kriminal. Hal ini terlihat pula dalam UU Narkotika yang menyeimbangkan pendekatan kriminal dan kesehatan sebagaimana disebutkan dalam Pasal 4 UU Narkotika, yang menyatakan bahwa UU Narkotika bertujuan:

1. menjamin ketersediaan Narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;

2. mencegah, melindungi, dan menyelamatkan bangsa Indonesia dari penyalahgunaan Narkotika;
3. memberantas peredaran gelap Narkotika dan Prekursor Narkotika; dan
4. menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi Penyalah Guna dan pecandu Narkotika.

Kondisi ketiga, terjadi karena tujuan langsung dari ganja untuk kepentingan medis adalah untuk memberikan bantuan kepada pasien yang menderita penyakit yang mengancam jiwa dari efek pengobatan yang diterima yang dapat menyembuhkan kondisi medis mereka. Untuk membuat keputusan berdasarkan informasi tentang perawatan mereka, pasien memiliki hak untuk mengharapkan dan mendiskusikan tentang semua pilihan pengobatan yang tersedia kepada dokter mereka. Kegagalan untuk melakukan diskusi antara pasien dan dokter dengan harapan pasien untuk menggunakan ganja dapat dianggap melanggar prinsip persetujuan pasien. Namun demikian, secara prinsip perjanjian yang dibuat antara dokter dan pasien harus dibingkai dalam ikatan moral, yaitu kesepakatan antara keduanya harus berbasis pada hubungan atas peristiwa dan objek yang sah secara hukum dan moral. Dokter terikat pada peraturan perundang-undangan.

Dalam konstruksi UU Narkotika, penggolongan ganja diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan, sebagaimana diatur dalam Pasal 6 ayat (3) UU Narkotika bahwa ketentuan mengenai perubahan penggolongan Narkotika sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri. Di sisi lain, dalam Penjelasan Pasal 6 ayat (1) dinyatakan bahwa narkotika golongan 1 tidak digunakan dalam terapi serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan. Artinya, basis normatif penggolongan ganja ke dalam narkotika golongan 1 berada di Peraturan Menteri Kesehatan, sementara UU Narkotika hanya memberikan arahan normatif bahwa narkotika golongan 1 tidak digunakan dalam terapi serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan. Sehingga, selama ganja dimasukkan ke dalam narkotika golongan 1 dalam Peraturan Menteri Kesehatan maka dilarang bagi dokter untuk meresepkan ganja untuk menyembuhkan kondisi medis pasiennya, meskipun pasiennya memiliki hak untuk memilih.

Kondisi keempat, untuk menentukan apakah ada hubungan yang tepat antara nilai spesifik dan elemen lain dari sebuah tindakan, ahli etika Richard McCormick mengusulkan 3 (tiga) kriteria untuk membuat alasan proporsional:

1. cara yang digunakan tidak akan menyebabkan lebih banyak kerugian daripada yang diperlukan untuk mencapai nilai;
2. tidak ada cara yang kurang berbahaya untuk melindungi nilai; dan
3. cara yang digunakan untuk mencapai nilai tidak akan merusaknya.

Penerapan kriteria McCormick terhadap legalisasi ganja untuk kepentingan pengobatan mendukung argumen bahwa ada alasan yang proporsional untuk mengizinkan dokter tidak meresepkan ganja, misalnya kemungkinan kerusakan paru-paru seseorang, masalah ketertantungan, dan penyalagunaan ganja menjadi alasan banyaknya kerugian dibandingkan manfaat legalisasi ganja. Selain itu, ada cara lain yang memiliki kadar bahaya lebih sedikit dapat dilakukan untuk mencapai tujuan nilai dibandingkan penggunaan ganja untuk pengobatan.

Berdasarkan pertimbangan etika medis di atas maka tentu perspektif etika medis penggunaan ganja untuk pengobatan memiliki cedera etika medis ketika diterapkan di Indonesia. Tentu pertimbangan etika ini bersifat partikuler berdasarkan pertimbangan sosial-budaya-keamanan-geografis Indonesia.

D. Ganja dan Penggolongan Narkotika Golongan 1 Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Dikaitkan Dengan Kerugian Hak Konstitusional Para Pemohon

Penggolongan Narkotika secara internasional diatur dalam Konvensi Narkotika 1961 (*Single Convention on Narcotic Drugs* 1961). Konvensi ini mengatur mengenai larangan produksi dan narkotika golongan tertentu dan obat-obatan yang memiliki efek serupa dengan narkotika, kecuali bagi jenis yang sudah mendapatkan lisensi untuk tujuan tertentu, misalnya untuk penanganan medis atau penelitian. Indonesia telah meratifikasinya dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1976 tentang Pengesahan Konvensi Tunggal Narkotika 1961 Beserta Protokol Yang Mengubahnya.

Setiap tahun secara internasional dilakukan pertemuan *Commission on Narcotics Drugs* (CND) yang membahas mengenai perubahan golongan narkotika yang sudah ada untuk terus dikembangkan. Pada Desember 2020, dilakukan pertemuan dalam Sidang Reconvened Sesi Ke-63 *Commission on*

Narcotic Drugs dan telah memutuskan penghapusan cannabis dan cannabis resin dari *Schedule IV Convention on Narcotics Drugs 1961* dan hanya berada pada *Schedule I* Konvensi melalui pemungutan suara dengan hasil 27 negara menerima, 25 negara menolak, dan 1 negara abstain. Narasumber lintas pemangku kepentingan juga menekankan bahwa perubahan *scheduling* bukanlah legalisasi, karena *Schedule I* masih mengharuskan kontrol yang ketat. Namun, PBB membuka kesempatan bagi Negara Pihak untuk mengintensifkan penelitian medis dan ilmu pengetahuan terhadap Cannabis dan Cannabis Resin. Publik dan pemangku kepentingan sempat dibingungkan dengan kesimpangsiuran informasi di media terkait perubahan *scheduling Cannabis* dan Cannabis Resin pada Sidang Reconvened Sesi ke-63 *Commission on Narcotic Drugs*.

Di Indonesia, penggolongan Narkotika terdapat dalam Peraturan Menteri Nomor 4 Tahun 2021 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan ini tanaman ganja, semua tanaman genus *cannabis* dan semua bagian dari tanaman termasuk biji, buah, jerami, hasil olahan tanaman ganja atau bagian tanaman ganja termasuk damar ganja dan hasis, masuk ke dalam Narkotika Golongan I.

Melihat konstruksi hukum ini maka apabila Pemohon berkeinginan untuk mengusulkan ganja dapat digunakan untuk kepentingan pengobatan maka tentu pengujian norma yang perlu dilakukan yaitu terhadap Peraturan Menteri Nomor 4 Tahun 2021 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika karena penggolongan ganja dalam Golongan I terdapat dalam Peraturan Menteri ini. Hal ini sangat dimungkinkan, karena:

1. Secara teknis penggolongan, narkotika golongan I adalah narkotika yang paling berbahaya. Daya adiktifnya sangat tinggi. Golongan ini digunakan untuk penelitian dan ilmu pengetahuan. Sedangkan, narkotika golongan II adalah narkotika yang memiliki daya adiktif kuat, tetapi bermanfaat untuk pengobatan dan penelitian; serta narkotika golongan III adalah narkotika yang memiliki daya adiktif ringan, tetapi bermanfaat untuk pengobatan dan penelitian. Bila merujuk definisi yang dikeluarkan oleh *United States Drug Enforcement Administration (DEA)*, bahwa:
 - a. **Schedule I:** *Schedule I drugs, substances, or chemicals are defined as drugs with no currently accepted medical use and a high potential for*

abuse. Some examples of Schedule I drugs are: heroin, lysergic acid diethylamide (LSD), marijuana (cannabis), 3,4-methylenedioxymethamphetamine (ecstasy), methaqualone, and peyote.

(Golongan I: Obat, zat, atau bahan kimia Jadwal I didefinisikan sebagai obat yang saat ini tidak digunakan secara medis dan berpotensi tinggi untuk disalahgunakan)

- b. **Schedule II:** *Schedule II drugs, substances, or chemicals are defined as drugs with a high potential for abuse, with use potentially leading to severe psychological or physical dependence. These drugs are also considered dangerous. Some examples of Schedule II drugs are: combination products with less than 15 milligrams of hydrocodone per dosage unit (Vicodin), cocaine, methamphetamine, methadone, hydromorphone (Dilaudid), meperidine (Demerol), oxycodone (OxyContin), fentanyl, Dexedrine, Adderall, and Ritalin.*

(Obat, zat, atau bahan kimia Golongan II didefinisikan sebagai obat dengan potensi penyalahgunaan yang tinggi, dengan penggunaan yang berpotensi menyebabkan ketergantungan psikologis atau fisik yang parah. Obat ini juga dianggap berbahaya)

- c. **Schedule III:** *Schedule III drugs, substances, or chemicals are defined as drugs with a moderate to low potential for physical and psychological dependence. Schedule III drugs abuse potential is less than Schedule I and Schedule II drugs but more than Schedule IV. Some examples of Schedule III drugs are: products containing less than 90 milligrams of codeine per dosage unit (Tylenol with codeine), ketamine, anabolic steroids, testosterone.*

(Obat, zat, atau bahan kimia Golongan III didefinisikan sebagai obat dengan potensi ketergantungan fisik dan psikologis sedang hingga rendah.)

Secara teknis-normatif, di Indonesia penggolongan ini terdapat dalam peraturan Menteri Kesehatan.

2. Berdasarkan ketentuan Pasal 39 Konvensi Narkotika 1961, diatur bahwa:
 “Notwithstanding anything contained in this Convention, a Party shall not be, or be deemed to be, precluded from adopting measures of

control more strict or severe than those provided by this Convention, and in particular from requiring that preparations in Schedule III or drugs in Schedule II be subject to all or such of the measures of control applicable to drugs in Schedule I as in its opinion is necessary or desirable for the protection of the public health or welfare.”

(Terlepas dari apa pun yang terkandung dalam Konvensi ini, suatu Pihak tidak boleh, atau dianggap, dihalangi untuk mengambil tindakan pengendalian yang lebih ketat atau berat daripada yang ditentukan oleh Konvensi ini, dan khususnya dari mewajibkan persiapan dalam Daftar III atau obat-obatan dalam Daftar II tunduk pada semua atau beberapa tindakan pengendalian yang berlaku untuk obat-obatan dalam Daftar I yang menurut pendapatnya perlu atau diinginkan untuk melindungi kesehatan atau kesejahteraan masyarakat. Terjemahan bebas).

Berdasarkan ketentuan Pasal 39 Konvensi Narkotika 1961 ini maka negara anggota memiliki hak untuk menerapkan pengaturan dalam negeri sendiri yang lebih ketat, sesuai dengan pertimbangan masing-masing, apabila sebuah substansi dipandang berbahaya. Dalam ini, Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan Kesehatan sesuai UU Narkotika, sehingga sudah tepat apabila penggunaan Narkotika Golongan I khususnya ganja dilarang untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan terapi di Indonesia.

Pemerintah Indonesia diberikan kesempatan untuk mengatur penerapan yang lebih ketat sesuai dengan pertimbangan nasionalnya sepanjang dipandang adanya keadaan berbahaya. Hal ini merupakan *opened legal policy* pembentuk peraturan perundang-undangan.

Meski demikian, Konvensi Narkotika 1961 mengakui kedaulatan negara dalam penerapan secara domestik. Sesuai Pasal 39 Konvensi Narkotika 1961, negara anggota memiliki hak untuk menerapkan pengaturan dalam negeri sendiri yang lebih ketat, sesuai dengan pertimbangan masing-masing, apabila sebuah substansi dipandang berbahaya. Hal ini diatur pula dalam Pasal 6 ayat (3) UU Narkotika bahwa Menteri Kesehatan membentuk Komite Nasional Perubahan Penggolongan Narkotika, Psikotropika dan Prekursor yang bertugas melakukan analisis dan kajian terhadap zat psikoaktif baru (*New Psychoactive Substances/NPS*) yang dapat menimbulkan masalah Kesehatan.

E. PENUTUP

Ada peribahasa yang sering nenek-nenek di kampung Ahli sering ucapkan kepada cucunya. Peribahasanya, yaitu: "Seberat-berat mata memandang, berat juga bahu memikul", seberat apapun penderitaan orang yang melihat, masih lebih menderita orang yang menjalaninya. Tentu, bagi Para Pemohon yang menderita karena adanya penurunan kualitas kesehatan dirinya atau anaknya sehingga mempengaruhi kualitas hidup, beratlah untuk dipikul. Namun, legalisasi penggunaan ganja untuk kepentingan pengobatan, bagi Ahli, ibarat "embun di ujung rumput". Posisi hukumnya amatlah rapuh dan tidak aman bagi kepentingan bangsa dan negara yang lebih besar. Menggunakan ganja untuk kepentingan pengobatan bukanlah seperti "tak ada rotan, akar pun jadi".

Akhirnya, *Adh-Dhararu Yuzaalu*, layaknya kemudharatan dihilangkan semampu mungkin. *Lex semper dabit remedium*, hukum selalu memberi obat. Semoga Allah SWT menolong bangsa dan negara ini.

[2.8] Menimbang bahwa para Pemohon telah menyerahkan kesimpulan tertulis yang diterima Mahkamah pada tanggal 21 Maret 2022 yang pada pokoknya tetap pada pendiriannya.

[2.9] Menimbang bahwa pihak Presiden telah menyerahkan kesimpulan tertulis yang diterima Mahkamah pada tanggal 22 Maret 2022 yang pada pokoknya tetap pada pendiriannya.

[2.10] Menimbang bahwa untuk mempersingkat uraian dalam putusan ini, segala sesuatu yang terjadi di persidangan cukup ditunjuk dalam Risalah Sidang dan Berita Acara Persidangan, yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dengan putusan ini.

3. PERTIMBANGAN HUKUM

Kewenangan Mahkamah

[3.1] Menimbang bahwa berdasarkan Pasal 24C ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (selanjutnya disebut UUD 1945), Pasal 10 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang

Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2020 tentang Perubahan Ketiga Atas Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 216, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6554, selanjutnya disebut UU MK), serta Pasal 29 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5076), Mahkamah berwenang, antara lain, mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk menguji Undang-Undang terhadap UUD 1945;

[3.2] Menimbang bahwa oleh karena permohonan para Pemohon adalah pengujian konstitusionalitas undang-undang, *in casu* Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062), selanjutnya disebut UU 35/2009, terhadap UUD 1945 maka Mahkamah berwenang mengadili permohonan para Pemohon;

Kedudukan Hukum Pemohon

[3.3] Menimbang bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 51 ayat (1) UU MK beserta Penjelasannya, yang dapat mengajukan permohonan pengujian undang-undang terhadap UUD 1945 adalah mereka yang menganggap hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya yang diberikan oleh UUD 1945 dirugikan oleh berlakunya suatu undang-undang, yaitu:

- a. perorangan warga negara Indonesia (termasuk kelompok orang yang mempunyai kepentingan sama);
- b. kesatuan masyarakat hukum adat sepanjang masih hidup dan sesuai dengan perkembangan masyarakat dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia yang diatur dalam undang-undang;
- c. badan hukum publik atau privat;
- d. lembaga negara.

Dengan demikian, Pemohon dalam pengujian undang-undang terhadap UUD 1945 harus menjelaskan terlebih dahulu:

- a. kedudukannya sebagai Pemohon sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (1) UU MK;
- b. ada tidaknya kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional yang diberikan oleh UUD 1945 yang diakibatkan oleh berlakunya undang-undang yang dimohonkan pengujian dalam kedudukannya sebagaimana dimaksud pada huruf a;

[3.4] Menimbang bahwa sejak Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 006/PUU-III/2005, yang diucapkan dalam sidang pleno terbuka untuk umum pada 31 Mei 2005 dan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 11/PUU-V/2007, yang diucapkan dalam sidang pleno terbuka untuk umum pada bertanggal 20 September 2007, serta putusan-putusan selanjutnya Mahkamah berpendirian bahwa kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional sebagaimana dimaksud dalam ketentuan Pasal 51 ayat (1) UU MK harus memenuhi 5 (lima) syarat, yaitu:

- a. adanya hak dan/atau kewenangan konstitusional Pemohon yang diberikan oleh UUD 1945;
- b. hak dan/atau kewenangan konstitusional tersebut oleh Pemohon dianggap dirugikan oleh berlakunya undang-undang yang dimohonkan pengujian;
- c. kerugian konstitusional tersebut harus bersifat spesifik (khusus) dan aktual atau setidaknya-tidaknya potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi;
- d. adanya hubungan sebab-akibat antara kerugian dimaksud dan berlakunya undang-undang yang dimohonkan pengujian;
- e. adanya kemungkinan bahwa dengan dikabulkannya permohonan maka kerugian konstitusional seperti yang didalilkan tidak akan atau tidak lagi terjadi;

[3.5] Menimbang bahwa berdasarkan Pasal 51 ayat (1) UU MK dan syarat-syarat kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional sebagaimana diuraikan dalam Paragraf **[3.3]** dan Paragraf **[3.4]** di atas, selanjutnya Mahkamah akan mempertimbangkan kedudukan hukum para Pemohon sebagai berikut:

1. Bahwa norma undang-undang yang dimohonkan pengujian konstitusionalitasnya dalam permohonan *a quo* adalah Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 menyatakan:

Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009:

“Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan ‘Narkotika Golongan I’ adalah Narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan”.

Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009:

“Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan”.

2. Bahwa Pemohon I bernama Dwi Pertiwi merupakan ibu kandung dari seorang anak laki-laki berusia 16 tahun, bernama Musa IBN Hassan Pedersen alias Musa, yang sedang menderita *Cerebral Palsy*, yakni lumpuh otak yang disebabkan oleh perkembangan otak yang tidak normal. Sakit yang diderita anak Pemohon I tersebut berawal dari penyakit *pneumonia* yang pernah menyerangnya pada waktu bayi (*vide* Bukti P-3);
3. Bahwa Pemohon II bernama Santi Warastuti adalah ibu kandung dari anak perempuan berusia 12 tahun, bernama Pika Sasikirana alias Pika, yang sejak dalam kandungan sampai dilahirkan, anak Pemohon II tersebut berada dalam kondisi kesehatan yang normal sampai akhirnya saat anak Pemohon II duduk di bangku taman kanak-kanak kondisi kesehatannya menurun yang ditandai dengan sering jatuh tidak sadarkan diri, muntah, dan kejang (*vide* Bukti P-4). Hasil pemeriksaan dokter menyatakan anak Pemohon II menderita epilepsi yang perlu menjalani terapi dengan mengonsumsi obat-obatan, terapi tusuk jari, dan fisioterapi;
4. Bahwa Pemohon III bernama Nafiah Muharyanti, A.Md., adalah ibu dari seorang anak perempuan berusia 10 tahun, bernama Masayu Keynan Almeera P. alias Keynan, yang menderita Epilepsi dan *Diplegia Spastic* juga merupakan bentuk dari *Cerebral Palsy*. Bahwa anak Pemohon III lahir secara prematur 34 mg BB 1.4 kg telah divonis *Cerebral Palsy* pada usia 2 bulan yang mengakibatkan gangguan motorik halus dan kasar serta kejang yang berulang setiap hari (*vide* Bukti P-7);
5. Bahwa Pemohon IV adalah Organisasi Non Pemerintah atau Lembaga Swadaya Masyarakat yang tumbuh dan berkembang secara swadaya serta didirikan atas dasar kepedulian untuk menghapuskan stigma dan diskriminasi yang ada pada masyarakat sehingga semua warga negara memiliki kesempatan yang sama untuk maju dan memperoleh jaminan atas perlindungan terhadap hak asasi

- manusia, termasuk di dalamnya hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan hak untuk mendapatkan manfaat berupa pelayanan kesehatan dari hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, sebagaimana dijamin oleh UUD 1945 (*vide* Bukti P-8). Berdasarkan Anggaran Dasar dan/atau Akta Pendirian Organisasi Pemohon IV mempunyai tugas dan peranan dalam mendayagunakan lembaganya sebagai sarana untuk penanggulangan AIDS dan pengendalian NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya) secara nasional beserta perumusan kebijakannya yang berpihak pada kesetaraan dan pemenuhan hak asasi manusia.
6. Bahwa Pemohon V adalah organisasi nirlaba yang bertujuan dalam bidang sosial dan kemanusiaan untuk mendorong terwujudnya sistem peradilan pidana dan hukum yang berkeadilan dengan berorientasi pada nilai-nilai hak asasi manusia di Indonesia, termasuk di dalamnya hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan hak untuk mendapatkan manfaat berupa pelayanan kesehatan dari hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, sebagaimana dijamin oleh UUD 1945 (*vide* Bukti P-11). Berdasarkan Anggaran Dasar dan/atau Akta Pendirian Organisasi Pemohon V mempunyai tugas dan peranan melakukan penelitian, pelatihan, dan litigasi strategis, serta mendayagunakan lembaganya sebagai sarana untuk memberikan kontribusi dalam perumusan kebijakan bagi masyarakat sipil untuk terlibat secara konstruktif dalam upaya mereformasi sistem peradilan pidana, hukum pidana, dan hukum pada umumnya yang selaras dengan nilai-nilai dan prinsip hak asasi manusia.
 7. Bahwa Pemohon VI adalah Perkumpulan Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat atau LBH Masyarakat adalah Badan Hukum berbentuk perkumpulan yang berdiri tertanggal 15 April 2008 dan didirikan berdasarkan akta Nomor 1419 tertanggal 27 Oktober 2017 dan berdasarkan surat Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Nomor AHU-0015845.AH.01.07 Tahun 2017 tentang Pengesahan Pendirian Badan Hukum Perkumpulan Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (*vide* Bukti P-13). Bahwa Pemohon VI memiliki kepentingan konstitusional dalam permohonan *a quo* untuk mewujudkan tujuan pendirian organisasi tersebut terutama terkait salah satu fokus kerja Pemohon VI yakni reformasi kebijakan narkotika agar lebih berkeadilan dan menjunjung tinggi hak asasi manusia setiap orang terutama orang yang menggunakan narkotika untuk kepentingan pengobatan terhadap dirinya.

Bahwa berdasarkan uraian pada angka 1 sampai dengan angka 7 di atas, menurut Mahkamah, Pemohon I, Pemohon II, Pemohon III, dan Pemohon IV telah dapat menguraikan secara spesifik (khusus) dalam menjelaskan kedudukan hukumnya, khususnya di dalam menguraikan adanya hubungan sebab akibat (*causal verband*) antara anggapan kerugian hak konstitusional dengan berlakunya Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009. Anggapan kerugian hak konstitusional tersebut menurut Pemohon I, Pemohon II, Pemohon III, dan Pemohon IV, bersifat faktual atau potensial yang apabila permohonannya dikabulkan maka anggapan kerugian hak konstitusional dimaksud tidak terjadi lagi atau setidaknya tidak akan terjadi. Oleh karena itu, terlepas dari terbukti atau tidak terbuktinya dalil Pemohon I, Pemohon II, Pemohon III, dan Pemohon IV perihal inkonstitusionalitas ketentuan norma Pasal-pasal yang dimohonkan pengujian, Mahkamah berpendapat Pemohon I, Pemohon II, Pemohon III, dan Pemohon IV memiliki kedudukan hukum untuk bertindak sebagai Pemohon dalam Permohonan *a quo*. Sementara itu, menurut Mahkamah terhadap Pemohon V dan Pemohon VI tidak diperoleh adanya bukti yang meyakinkan bahwa Pemohon V dan Pemohon VI di dalam melaksanakan tugas dan perannya mempunyai hubungan secara langsung dengan keberadaan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 dengan UUD 1945. Oleh karena itu, Mahkamah berpendapat terhadap Pemohon V dan Pemohon VI tidak dapat diberikan kedudukan hukumnya untuk bertindak sebagai Pemohon dalam Permohonan *a quo*.

[3.6] Menimbang bahwa oleh karena Mahkamah berwenang mengadili permohonan *a quo* dan Pemohon I, Pemohon II, Pemohon III, dan Pemohon IV (selanjutnya disebut para Pemohon) memiliki kedudukan hukum untuk bertindak sebagai Pemohon dalam permohonan *a quo*, maka selanjutnya Mahkamah akan mempertimbangkan pokok permohonan para Pemohon.

Pokok Permohonan

[3.7] Menimbang bahwa dalam mendalilkan inkonstitusionalitas Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009, para Pemohon mengemukakan alasan-alasan sebagaimana selengkapnya telah dimuat dalam bagian Duduk Perkara yang pada pokoknya sebagai berikut:

1. Bahwa menurut para Pemohon, Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 telah mengakibatkan hilangnya hak para Pemohon untuk

mendapatkan pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945;

2. Bahwa menurut para Pemohon, penggunaan narkotika sebagai bagian dari hak atas pelayanan kesehatan telah dibatasi berdasarkan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 yang menyebutkan bahwa Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan, sebagaimana dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945;
3. Bahwa menurut para Pemohon, implikasi dari pelarangan Narkotika Golongan I sebagaimana dirumuskan dalam norma Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 tersebut menjadikan pemanfaatan segala jenis Narkotika Golongan I untuk pengobatan atau pelayanan kesehatan tidak dapat dilakukan di Indonesia. Faktanya, di banyak negara berdasarkan penelitian yang ada, pengobatan termasuk terapi terhadap penyakit tertentu yang menggunakan Narkotika Golongan I telah ada dan digunakan.
4. Bahwa menurut para Pemohon, Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 telah mengakibatkan hilangnya hak para Pemohon untuk mendapatkan manfaat dari pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berupa manfaat kesehatan dari Narkotika Golongan I sebagaimana diatur dalam Pasal 28C ayat (1) UUD 1945;
5. Bahwa menurut para Pemohon, keberadaan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 telah mengakibatkan hilangnya hak para Pemohon untuk mendapatkan manfaat pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi berupa hasil penelitian tentang manfaat kesehatan dari Narkotika Golongan I. Menurut para Pemohon, Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 yang melarang penggunaan Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan telah secara jelas bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) UUD 1945;
6. Berdasarkan dalil-dalil tersebut di atas, para Pemohon memohon kepada Mahkamah sebagai berikut:
 - a. Menyatakan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009 bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 dan tidak memiliki kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dibaca "Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan Narkotika Golongan I adalah Narkotika yang dapat

digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan pelayanan kesehatan dan/atau terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan”;

- b. Menyatakan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 bertentangan dengan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat.

[3.8] Menimbang bahwa untuk membuktikan dalil-dalil permohonannya, para Pemohon telah mengajukan alat bukti surat atau tulisan yang diberi tanda Bukti P-1 sampai dengan Bukti P-43 dan 6 (enam) orang Ahli, yaitu Dr. Iur. Asmin Fransiska, S.H., LL.M., Prof. Dr. H. Musri Musman, M.Sc., Prof. David Nutt DM, FRCP, FRCPsych, FSB, FMedSci, Dlaws., Rev.Sung Seok Kang, Stephen Rolles, B.Sc., M.A dan Dr. Pakakrong Kwankhao, Ph. D., serta 1 (satu) orang Saksi, yaitu Petrus Ridanto Busono Raharjo yang kesemuanya didengar keterangannya dalam persidangan Mahkamah [sebagaimana selengkapnya termuat dalam bagian Duduk Perkara]. Di samping itu, para Pemohon juga menyampaikan kesimpulan yang diterima oleh Mahkamah pada 21 Maret 2022;

[3.9] Menimbang bahwa Dewan Perwakilan Rakyat telah memberikan keterangan di persidangan pada 10 Agustus 2021 beserta keterangan tertulis yang diterima di Mahkamah pada 27 Agustus 2021 [selengkapnya termuat dalam bagian Duduk Perkara];

[3.10] Menimbang bahwa Presiden telah menyampaikan keterangan yang dibacakan dalam persidangan pada 10 Agustus 2021 dan keterangan tersebut secara tertulis yang diterima Mahkamah pada 1 September 2021 serta keterangan tambahan yang diterima Mahkamah pada 30 Desember 2021 [selengkapnya termuat dalam bagian Duduk Perkara]. Selain itu, Presiden juga telah menghadirkan 6 (enam) orang Ahli, yaitu Prof. Dr. dr. Rianto Setiabudy, Prof. Dr. Rer. Nat. Apt. Rahmana Emran Kartasasmita, M.SI., Dr. Uni Gamayani, dr. Sp. S (K)., Dr. Aris Catur Bintoro, Sp. S(K)., Brigjen Pol (P) Drs. Mufti Djusnir, M.SI, APT, dan Dr. Ahmad Redi, S.H., M.H., yang kesemuanya didengar keterangannya dalam persidangan Mahkamah [sebagaimana selengkapnya termuat dalam bagian Duduk Perkara]. Di samping itu, Presiden juga telah menyerahkan kesimpulan yang diterima Mahkamah pada 22 Maret 2022;

[3.11] Menimbang bahwa setelah Mahkamah memeriksa dengan saksama permohonan para Pemohon, keterangan DPR, keterangan Presiden, keterangan Ahli dan Saksi para Pemohon, serta Ahli Presiden, bukti-bukti surat/tulisan yang diajukan oleh para Pemohon dan Presiden, serta kesimpulan para Pemohon dan kesimpulan Presiden sebagaimana termuat pada bagian Duduk Perkara, Mahkamah selanjutnya mempertimbangkan dalil-dalil permohonan para Pemohon.

[3.12] Menimbang bahwa berkaitan dengan isu konstiusionalitas yang dipersoalkan oleh para Pemohon pada esensinya adalah berkenaan dengan inkonstitusionalitas Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 sebagaimana selengkapnya dinyatakan dalam Petitum Permohonan para Pemohon pada Paragraf **[3.7]** angka 6 di atas. Namun demikian, sebelum lebih lanjut mempertimbangkan isu konstiusionalitas yang dimohonkan oleh para Pemohon tersebut di atas, penting bagi Mahkamah untuk menegaskan hal-hal sebagai berikut:

[3.12.1] Bahwa semangat yang terkandung dalam UU 35/2009 sebagaimana diuraikan dalam Konsideran dan Penjelasan Umum Undang-Undang *a quo*, antara lain menegaskan bahwa untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur yang merata materiil dan spiritual berdasarkan Pancasila dan UUD 1945, maka kualitas sumber daya manusia Indonesia sebagai salah satu modal pembangunan nasional perlu dipelihara dan ditingkatkan secara terus-menerus, termasuk derajat kesehatannya. Selain itu, untuk meningkatkan derajat kesehatan sumber daya manusia Indonesia dalam rangka mewujudkan kesejahteraan rakyat perlu dilakukan upaya peningkatan di bidang pengobatan dan pelayanan kesehatan, antara lain dengan mengusahakan ketersediaan narkotika jenis tertentu yang dimungkinkan dibutuhkan sebagai obat dan/atau terapi pada penyakit tertentu serta melakukan pencegahan dan pemberantasan bahaya penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika, terlebih jenis narkotika tertentu. Berkaitan dengan pemanfaatan narkotika, di satu sisi narkotika untuk jenis tertentu merupakan obat atau bahan yang bermanfaat untuk pengobatan atau pelayanan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan, sedangkan di sisi lain narkotika jenis tertentu dapat pula menimbulkan ketergantungan yang sangat tinggi pada pengguna dan dapat merugikan apabila disalahgunakan atau digunakan tanpa pengendalian dan pengawasan yang ketat dan saksama.

Bahwa lebih lanjut dalam Penjelasan Umum UU 35/2009 juga ditegaskan, narkotika jenis tertentu merupakan zat atau obat yang bermanfaat dan diperlukan untuk pengobatan penyakit tertentu. Namun, jika disalahgunakan atau digunakan tidak sesuai dengan standar pengobatan dapat menimbulkan akibat yang sangat merugikan bagi perseorangan atau masyarakat, khususnya generasi bangsa. Terlebih, terhadap narkotika jenis tertentu lainnya yang oleh undang-undang benar-benar masih dilarang penggunaannya, selain apa yang secara tegas diperbolehkan, seperti halnya jenis Narkotika Golongan I yang hanya diperbolehkan untuk pengembangan ilmu pengetahuan. Hal tersebut akan sangat merugikan jika pembatasan tersebut justru ada penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika yang dapat mengakibatkan bahaya yang lebih besar bagi kehidupan berbangsa dan bernegara yang pada akhirnya akan dapat merusak generasi bangsa dan bahkan melemahkan ketahanan nasional.

[3.12.2] Bahwa meskipun pemanfaatan narkotika telah digunakan secara sah dan diakui secara hukum sebagai bagian dari pelayanan kesehatan setidaknya di beberapa negara, antara lain Argentina, Australia, Amerika Serikat, Jerman, Yunani, Israel, Italia, Belanda, Norwegia, Peru, Polandia, Rumania, Kolombia, Swiss, Turki, Inggris, Bulgaria, Belgia, Prancis, Portugal, Spanyol, Selandia Baru, dan Thailand, namun fakta hukum tersebut tidak serta-merta dapat dijadikan parameter, bahwa seluruh jenis narkotika dapat dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan yang dapat diterima dan diterapkan oleh semua negara. Hal ini disebabkan adanya karakter yang berbeda, baik jenis bahan narkotikanya, struktur dan budaya hukum masyarakat dari negara yang bersangkutan, termasuk sarana dan prasarana yang dibutuhkan. Dalam perspektif ini, untuk negara Indonesia, walaupun diperoleh fakta hukum banyak orang yang menderita penyakit-penyakit tertentu dengan fenomena yang mungkin “dapat” disembuhkan dengan pengobatan yang memanfaatkan jenis narkotika golongan tertentu, namun hal tersebut tidak berbanding lurus dengan akibat besar yang ditimbulkan apabila tidak ada kesiapan, khususnya terkait dengan struktur dan budaya hukum masyarakat, termasuk sarana dan prasarana yang dibutuhkan belum sepenuhnya tersedia. Terlebih, berkenaan dengan pemanfaatan jenis Narkotika Golongan I termasuk dalam kategori narkotika dengan dampak ketergantungan yang sangat tinggi. Oleh karena itu, pemanfaatan Narkotika Golongan I di Indonesia harus diukur dari kesiapan unsur-unsur sebagaimana

diuraikan tersebut di atas sekalipun terdapat kemungkinan keterdesakan untuk pemanfaatannya.

[3.13] Menimbang bahwa setelah menguraikan hal-hal sebagaimana tersebut di atas, selanjutnya Mahkamah akan mempertimbangkan isu konstusionalitas yang dipersoalkan oleh para Pemohon, yaitu berkaitan dengan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009, yang menurut para Pemohon bertentangan dengan UUD 1945 dan tidak memiliki kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dibaca “Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan Narkotika Golongan I adalah Narkotika yang dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan pelayanan kesehatan dan/atau terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan”, serta ketentuan norma Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 bertentangan dengan UUD 1945 dan tidak memiliki kekuatan hukum mengikat. Terhadap hal tersebut, Mahkamah mempertimbangkan sebagai berikut:

[3.13.1] Bahwa terhadap dalil para Pemohon terkait dengan inkonstitusionalitas Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009 agar dibaca “Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan Narkotika Golongan I adalah Narkotika yang dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan pelayanan kesehatan dan/atau terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan”, menurut Mahkamah pengelompokkan narkotika ke dalam tiga jenis golongan sebagaimana dimaksud dalam UU 35/2009, yaitu Narkotika Golongan I, Narkotika Golongan II, dan Narkotika Golongan III merupakan hal yang penting dilakukan, mengingat sifat dari ketiga jenis golongan narkotika tersebut mempunyai dampak yang berbeda. Demikian halnya berkenaan dengan akibat hukum yang ditimbulkan, jika terjadi penyalahgunaan pemanfaatan narkotika yang dapat menimbulkan bahaya, tidak hanya berkaitan dengan ancaman jiwa, akan tetapi juga kehidupan manusia yang lebih luas. Oleh karenanya, sangat relevan pembagian jenis golongan narkotika tersebut tetap dipertahankan untuk dijadikan rujukan dalam membuat regulasi terkait dengan penggunaan, pengkajian dan penelitian, serta penegakan hukumnya ketika terjadi penyalahgunaan.

Bahwa oleh karena setiap jenis golongan narkotika memiliki dampak yang berbeda-beda, khususnya dalam hal tingkat ketergantungannya, maka di dalam menentukan jenis-jenis narkotika yang ditetapkan ke dalam suatu jenis golongan narkotika tertentu dibutuhkan metode ilmiah yang sangat ketat. Dengan demikian,

terkait dengan adanya keinginan untuk menggeser/mengubah pemanfaatan jenis narkotika dari golongan yang satu ke dalam golongan yang lain maka hal tersebut juga tidak dapat secara sederhana dilakukan. Oleh karena itu, untuk melakukan perubahan sebagaimana tersebut di atas dibutuhkan kebijakan yang sangat komprehensif dan mendalam dengan melalui tahapan penting yang harus dimulai dengan penelitian dan pengkajian ilmiah.

Bahwa lebih lanjut dapat dijelaskan berkaitan dengan jenis Narkotika Golongan I telah ditegaskan dalam Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009 hanya dapat dipergunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan. Oleh karena itu, dari pembatasan imperatif dimaksud secara sederhana dapat dipahami bahwa Narkotika Golongan I adalah jenis narkotika yang mempunyai dampak paling serius dibandingkan dengan jenis narkotika golongan lainnya. Dengan demikian, dalam hal pemanfaatan Narkotika Golongan I tidak dapat dilepaskan dari keterpenuhan syarat-syarat yang sangat ketat tersebut, terlebih apabila akan dilakukan perubahan pemanfaatannya ke dalam pemanfaatan lain (berbeda) yang potensial menimbulkan korban nyawa manusia, jika tidak dilakukan terlebih dahulu pengkajian dan penelitian secara ilmiah.

Bahwa berkaitan dengan pemanfaatan jenis Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan dan/atau terapi, sebagaimana yang dimohonkan oleh para Pemohon, hal tersebut sama halnya dengan keinginan untuk mengubah pemanfaatan jenis Narkotika Golongan I yang secara imperatif hanya diperbolehkan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan. Pembatasan pemanfaatan demikian tidak terlepas dari pertimbangan bahwa jenis Narkotika Golongan I tersebut mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan. Oleh karena itu, berdasarkan fakta-fakta hukum yang diperoleh dalam persidangan, telah ternyata keinginan para Pemohon untuk diperbolehkannya jenis Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan dan/atau terapi belum terdapat bukti telah dilakukan pengkajian dan penelitian bersifat komprehensif dan mendalam secara ilmiah di Indonesia. Dengan belum adanya bukti ihwal pengkajian dan penelitian secara komprehensif tersebut, maka keinginan para Pemohon sulit dipertimbangkan dan dibenarkan oleh Mahkamah untuk diterima alasan rasionalitasnya, baik secara medis, filosofis, sosiologis, maupun yuridis. Sementara itu, berkenaan dengan fakta-fakta hukum dalam persidangan yang menegaskan bahwa beberapa negara telah

secara sah menurut undang-undangnya memperbolehkan pemanfaatan narkotika secara legal, hal tersebut tidak serta-merta dapat digeneralisasi bahwa negara-negara yang belum atau tidak melegalkan pemanfaatan narkotika secara bebas kemudian dapat dikatakan tidak mengoptimalkan manfaat narkotika dimaksud.

Di samping pertimbangan hukum tersebut di atas, Mahkamah dapat memahami dan memiliki rasa empati yang tinggi kepada para penderita penyakit tertentu yang “secara fenomenal” menurut para Pemohon dapat disembuhkan dengan terapi yang menggunakan jenis Narkotika Golongan I, sebagaimana yang dialami oleh anak Pemohon I, Pemohon II, dan Pemohon III. Namun, mengingat hal tersebut belum merupakan hasil yang valid dari pengkajian dan penelitian secara ilmiah maka dengan mengingat efek atau dampak yang dapat ditimbulkan apabila Mahkamah menerima argumentasi para Pemohon *a quo*. Oleh karenanya tidak ada pilihan lain bagi Mahkamah untuk mendorong penggunaan jenis Narkotika Golongan I dengan sebelumnya dilakukan pengkajian dan penelitian secara ilmiah berkaitan dengan kemungkinan pemanfaatan jenis Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan dan/atau terapi. Selanjutnya, hasil pengkajian dan penelitian secara ilmiah tersebut dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan bagi pembentuk undang-undang di dalam merumuskan kemungkinan perubahan kebijakan berkenaan dengan pemanfaatan jenis Narkotika Golongan I.

Bahwa pengkajian dan penelitian sebagaimana dimaksud di atas dapat diselenggarakan oleh Pemerintah ataupun swasta setelah mendapat izin dari Menteri Kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 13 ayat (1) UU 35/2009, yang menyatakan “Lembaga ilmu pengetahuan yang berupa lembaga pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan yang diselenggarakan oleh pemerintah ataupun swasta dapat memperoleh, menanam, menyimpan, dan menggunakan Narkotika untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan teknologi setelah mendapatkan izin Menteri”. Lebih lanjut ditegaskan mengenai syarat dan tata cara untuk mendapatkan izin dan penggunaan Narkotika sebagaimana dimaksud didasarkan pada Peraturan Menteri, sesuai dengan semangat Pasal 13 ayat (2) UU 35/2009. Artinya, lembaga pemerintah dan swasta secara bersama-sama atau pemerintah secara tersendiri melakukan pengkajian dan penelitian untuk menelaah secara ilmiah berkaitan dengan jenis Narkotika Golongan I untuk kepentingan pelayanan kesehatan ataupun terapi. Lebih lanjut, pengkajian dan penelitian yang dilakukan terhadap jenis Narkotika Golongan I secara konkret dilakukan

berdasarkan standar profesi penelitian kesehatan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan. Di samping hasil pengkajian dan penelitian tersebut dapat memberikan telaahan secara ilmiah yang membuktikan kebenaran “hipotesis” tersebut, yaitu penggunaan atau pemanfaatan jenis Narkotika Golongan I dapat diperuntukkan guna keperluan pelayanan kesehatan dan/atau terapi untuk pengobatan penyakit tertentu, yang kemudian dilanjutkan dengan menguji penerapannya untuk kepentingan praktis.

[3.13.2] Bahwa selanjutnya penting dijelaskan, diperlukannya kepastian jenis Narkotika Golongan I dapat digunakan untuk keperluan pelayanan kesehatan dan/atau terapi melalui pengkajian dan penelitian dimaksud, di satu sisi juga bertujuan untuk memberikan perlindungan hukum dan keselamatan kepada masyarakat dari bahaya penggunaan jenis Narkotika Golongan I yang berpotensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan. Oleh karena itu, secara imperatif sebelum ada hasil pengkajian dan penelitian, jenis Narkotika Golongan I hanya benar-benar digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan untuk pelayanan kesehatan dan/atau terapi. Bahkan bagi penyalahguna jenis Narkotika Golongan I yang secara tidak sah diancam dengan pidana penjara sangat berat (vide Pasal 111 sampai dengan Pasal 116 UU 35/2009). Sanksi ancaman pidana penjara yang sangat berat dimaksud disebabkan karena negara benar-benar ingin melindungi keselamatan bangsa dan negara dari bahaya penyalahgunaan narkotika, khususnya jenis Narkotika Golongan I. Dengan demikian, perlindungan kepada masyarakat dapat benar-benar diwujudkan karena jenis Narkotika Golongan I tetap harus dipandang sebagai jenis narkotika paling berbahaya, khususnya apabila dikaitkan dengan dampak ketergantungannya yang sangat tinggi.

Bahwa oleh karena tingkat ketergantungan jenis Narkotika Golongan I sangat tinggi dan berbahaya untuk kesehatan, maka sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, Narkotika Golongan I dilarang juga digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau terapi. Sebab, pemberian pelayanan kesehatan yang aman kepada masyarakat merupakan tanggung jawab Negara sebagaimana diatur dalam ketentuan Pasal 54 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang menyatakan, “Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif” dan “Pemerintah dan pemerintah

daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1)". Oleh karena itu, Negara dalam konteks pemanfaatan jenis Narkotika Golongan I khususnya, dan jenis Narkotika Golongan II serta jenis Narkotika Golongan III pada umumnya, wajib melakukan pengawasan secara ketat agar penggunaan narkotika tidak disalahgunakan. Di samping pertimbangan hukum tersebut di atas, negara juga wajib menjamin setiap warga negara untuk mendapatkan pemenuhan hak dalam pelayanan kesehatan, sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945. Dalam konteks inilah rasionalitas sesungguhnya yang menjadi salah satu alasan sangat penting dilakukannya pengkajian dan penelitian jenis Narkotika Golongan I yang dimungkinkan untuk pelayanan kesehatan dan/atau terapi, termasuk dalam hal ini untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan untuk reagensia diagnostik, serta reagensia laboratorium setelah mendapatkan persetujuan dari Menteri Kesehatan dan rekomendasi dari Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) UU 35/2009 (vide keterangan Presiden bertanggal 22 Juni 2021, hlm. 17).

Bahwa lebih lanjut dapat dijelaskan, sesungguhnya kebutuhan akan adanya kepastian dapat atau tidaknya jenis Narkotika Golongan I digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau terapi sudah sejak lama menjadi kebutuhan yang sangat mendesak. Hal tersebut dibuktikan dengan adanya fakta hukum dalam Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009 yang sudah mencantumkan "larangan secara tegas penggunaan jenis Narkotika Golongan I untuk terapi". Dengan kata lain, sesungguhnya "fenomena" perihal kebutuhan terhadap jenis Narkotika Golongan I untuk dapat dimanfaatkan guna keperluan terapi sudah muncul sejak sebelum UU 35/2009 diundangkan. Dengan demikian, melalui Putusan *a quo*, Mahkamah perlu menegaskan agar pemerintah **segera** menindaklanjuti Putusan *a quo* berkenaan dengan pengkajian dan penelitian jenis Narkotika Golongan I untuk keperluan pelayanan kesehatan dan/atau terapi, yang hasilnya dapat digunakan dalam menentukan kebijakan, termasuk dalam hal ini dimungkinkannya perubahan undang-undang oleh pembentuk undang-undang guna mengakomodir kebutuhan dimaksud. Sebab, penyerahan kewenangan oleh Mahkamah kepada pembentuk undang-undang didasarkan karena UU 35/2009 *a quo* tidak hanya mengatur tentang penggolongan jenis narkotika akan tetapi termasuk di dalamnya juga mengatur tentang sanksi-sanksi pidana. Oleh karena

terhadap undang-undang yang di dalamnya memuat substansi hal-hal yang berkenaan dengan pidana (kriminalisasi/dekriminalisasi), Mahkamah dalam beberapa putusnya telah berpendirian hal-hal tersebut menjadi kewenangan pembentuk undang-undang (*open legal policy*). Sehingga, terhadap UU 35/2009 inipun oleh karena di samping mengatur tentang pemanfaatan narkotika yang diperlukan pengaturan yang sangat rigid dan secara substansial narkotika adalah persoalan yang sangat sensitif, serta karena alasan UU 35/2009 memuat sanksi-sanksi pidana, maka cukup beralasan apabila pengaturan norma-normanya diserahkan kepada pembentuk undang-undang untuk menindaklanjutinya.

[3.13.3] Bahwa terhadap hasil pengkajian dan penelitian apabila ternyata jenis Narkotika Golongan I dapat dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan dan/atau terapi dan diperlukannya peraturan-peraturan pelaksana, maka pemerintah bersama-sama dengan para pemangku kepentingan harus mengatur secara detail tentang antisipasi kemungkinan adanya penyalahgunaan jenis Narkotika Golongan I. Oleh karena itu, melalui Putusan *a quo* Mahkamah juga mengingatkan agar pembentuk undang-undang, termasuk pembuat peraturan pelaksana harus benar-benar cermat dan hati-hati dalam mengantisipasi hal-hal tersebut, mengingat kultur dan struktur hukum di Indonesia masih memerlukan edukasi secara terus menerus.

[3.14] Menimbang bahwa berdasarkan seluruh uraian pertimbangan hukum tersebut di atas, Mahkamah berkesimpulan telah ternyata ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009 telah memberikan kemanfaatan dan kepastian hukum berkaitan dengan hak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, hak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, serta demi meningkatkan kualitas hidup dan demi kesejahteraan umat manusia sebagaimana di antaranya dimaksud dalam Pasal 28C ayat (1) UUD 1945. Di samping itu, ketentuan tersebut juga telah memberikan kepastian hukum berkaitan dengan hak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana di antaranya dimaksud dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945. Dengan demikian, dalil permohonan para Pemohon berkenaan dengan inkonstitusionalitas ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009 adalah tidak beralasan menurut hukum.

[3.15] Menimbang bahwa selanjutnya dalil para Pemohon berkaitan dengan inkonstitusionalitas norma Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 yang menurut para Pemohon telah mengakibatkan hilangnya hak para Pemohon untuk mendapatkan manfaat dari pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berupa manfaat kesehatan dari jenis Narkotika Golongan I sebagaimana diatur dalam Pasal 28C ayat (1) UUD 1945. Terhadap dalil permohonan para Pemohon tersebut, Mahkamah mempertimbangkan, sebagai berikut:

[3.15.1] Bahwa dalam menilai inkonstitusionalitas norma Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 sebagaimana didalilkan para Pemohon, penting bagi Mahkamah untuk menegaskan, berkaitan dengan penilaian konstitusionalitas keberlakuan norma Pasal *a quo* tidak dapat dipisahkan dengan ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009 yang telah dipertimbangkan sebelumnya oleh Mahkamah. Adapun ketentuan Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a dan Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 masing-masing selengkapnya sebagai berikut:

Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009:

“Dalam ketentuan ini yang dimaksud dengan ‘Narkotika Golongan I’ adalah Narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan”.

Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009:

“Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan”.

[3.15.2] Bahwa oleh karena ketentuan norma Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 esensinya adalah menegaskan tentang larangan pemanfaatan jenis Narkotika Golongan I untuk pelayanan kesehatan, sementara itu Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009 menegaskan tentang pembatasan pemanfaatan narkotika hanya untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan larangan penggunaan atau pemanfaatan jenis Narkotika Golongan I untuk terapi. Dengan demikian, oleh karena di dalam mempertimbangkan konstitusionalitas Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009, Mahkamah telah berpendirian agar segera dilakukan pengkajian dan penelitian terhadap jenis Narkotika Golongan I untuk dapat atau tidaknya dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan dan/atau terapi, di mana terapi juga merupakan bagian dari kesehatan maka penegasan Mahkamah tersebut berkaitan agar segera dilakukannya pengkajian dan penelitian terhadap jenis Narkotika

Golongan I, yang dimungkinkan dapat dipergunakan untuk pelayanan kesehatan dan/atau terapi, maka hal tersebut juga berlaku di dalam mempertimbangkan konstitusionalitas norma Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 *a quo*. Sehingga, Mahkamah berpendapat pertimbangan hukum di dalam menilai konstitusionalitas Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009 dimaksud menjadi satu kesatuan dan dipergunakan dalam mempertimbangkan konstitusionalitas norma Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009. Dengan demikian, oleh karena Mahkamah telah berpendirian Penjelasan Pasal 6 ayat (1) huruf a UU 35/2009 adalah konstitusional maka sebagai konsekuensi yuridisnya terhadap ketentuan norma Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 inipun harus dinyatakan konstitusional.

[3.16] Menimbang bahwa berdasarkan seluruh pertimbangan hukum tersebut di atas, Mahkamah berkesimpulan telah ternyata ketentuan norma Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 telah memberikan kepastian hukum berkaitan dengan hak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasar, hak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, serta demi meningkatkan kualitas hidup dan demi kesejahteraan umat manusia, sebagaimana di antaranya dimaksud dalam Pasal 28C ayat (1) UUD 1945. Di samping itu, ketentuan tersebut juga telah memberikan kepastian hukum berkaitan dengan hak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, sebagaimana di antaranya dimaksud dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945. Dengan demikian, dalil permohonan para Pemohon berkenaan dengan inkonstitusionalitas ketentuan norma Pasal 8 ayat (1) UU 35/2009 adalah tidak beralasan menurut hukum.

[3.17] Menimbang bahwa berdasarkan seluruh pertimbangan hukum tersebut di atas, Mahkamah berkesimpulan permohonan para Pemohon tidak beralasan menurut hukum untuk seluruhnya. Sedangkan dalil-dalil dan hal-hal lain tidak dipertimbangkan lebih lanjut karena dipandang tidak ada relevansinya.

4. KONKLUSI

Berdasarkan penilaian atas fakta dan hukum tersebut di atas, Mahkamah berkesimpulan:

[4.1] Mahkamah berwenang mengadili permohonan para Pemohon;

- [4.2]** Pemohon I, Pemohon II, Pemohon III, dan Pemohon IV memiliki kedudukan hukum untuk mengajukan permohonan *a quo*;
- [4.3]** Pemohon V dan Pemohon VI tidak memiliki kedudukan hukum untuk mengajukan permohonan *a quo*;
- [4.4]** Pokok permohonan para Pemohon tidak beralasan menurut hukum.

Berdasarkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2020 tentang Perubahan Ketiga Atas Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 216, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6554), dan Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5076);

5. AMAR PUTUSAN

Mengadili:

1. Menyatakan permohonan Pemohon V dan Pemohon VI tidak dapat diterima.
2. Menolak permohonan para Pemohon untuk seluruhnya.

Demikian diputus dalam Rapat Permusyawaratan Hakim oleh sembilan Hakim Konstitusi yaitu Anwar Usman, selaku Ketua merangkap Anggota, Aswanto, Suhartoyo, Enny Nurbaningsih, Daniel Yusmic P. Foekh, Wahiduddin Adams, Arief Hidayat, Saldi Isra, dan Manahan M.P. Sitompul masing-masing sebagai Anggota, pada hari **Kamis**, tanggal **tiga puluh**, bulan **Juni**, tahun **dua ribu dua puluh dua**, dan pada hari **Kamis**, tanggal **empat belas**, bulan **Juli**, tahun **dua ribu dua puluh dua** yang diucapkan dalam Sidang Pleno Mahkamah Konstitusi terbuka untuk umum pada hari **Rabu**, tanggal **dua puluh**, bulan **Juli**, tahun **dua ribu dua puluh dua**, selesai diucapkan **pukul 11.19 WIB**, oleh sembilan Hakim Konstitusi yaitu Anwar Usman selaku Ketua merangkap Anggota, Aswanto, Suhartoyo, Enny Nurbaningsih, Daniel Yusmic P. Foekh, Wahiduddin Adams, Arief Hidayat, Saldi Isra, dan Manahan M.P. Sitompul, masing-masing sebagai Anggota, dengan dibantu oleh

Achmad Edi Subiyanto sebagai Panitera Pengganti, dengan dihadiri oleh para Pemohon dan kuasanya, Dewan Perwakilan Rakyat atau yang mewakili, dan Presiden atau yang mewakili.

KETUA,

ttd.

Anwar Usman

ANGGOTA-ANGGOTA,

ttd.

Aswanto

ttd.

Enny Nurbaningsih

ttd.

Wahiduddin Adams

ttd.

Saldi Isra

ttd.

Suhartoyo

ttd.

Daniel Yusmic P. Foekh

ttd.

Arief Hidayat

ttd.

Manahan M.P. Sitompul

PANITERA PENGGANTI,

ttd.

Achmad Edi Subiyanto



Panitera
Muhidin - NIP 19610818 198302 1 001
Digital Signature

Jln. Medan Merdeka Barat No. 6 Jakarta Pusat 10110
Telp: 021-23529000 Fax: 021-3520177
Email: office@mkri.id

Keterangan:

- Salinan sesuai dengan aslinya
- Surat/dokumen ini tidak memerlukan tanda tangan basah karena telah ditandatangani secara elektronik (*digital signature*) dengan dilengkapi sertifikat elektronik.