
HAK ATAS KESEHATAN MASYARAKAT ADAT DI KAWASAN HUTAN TELAAH HUKUM KESEHATAN DI DAERAH TERDEPAN, TERLUAR, TERTINGGAL (3T)

SHINTA ANDRIYANI

Universitas Mataram, Lombok, Indonesia

Email : shintaandianifhunram@unram.ac.id

MOHAMMAD IRFAN

Universitas Mataram, Lombok, Indonesia

Email: adindalatifah22@gmail.com

ABSTRAK

Masyarakat adat yang bermukim di kawasan hutan, khususnya di daerah Terdepan, Terluar, dan Tertinggal (3T), menghadapi persoalan struktural dalam mengakses pelayanan kesehatan yang layak. Di satu sisi, hukum kehutanan bertujuan melindungi kawasan hutan sebagai sumber daya strategis negara, namun di sisi lain, pembatasan akses dan status kawasan hutan seringkali berdampak pada terbatasnya pembangunan dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat adat. Artikel ini bertujuan untuk menganalisis bagaimana hukum kehutanan mempengaruhi pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat adat di kawasan hutan daerah 3T. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian hukum normatif dengan pendekatan perundang-undangan, konseptual, dan hak asasi manusia. Hasil kajian menunjukkan bahwa terdapat ketegangan normatif antara rezim hukum kehutanan dan kewajiban negara dalam menjamin hak atas kesehatan sebagai hak konstitusional warga negara. Oleh karena itu, diperlukan rekonstruksi kebijakan hukum kehutanan yang lebih responsif terhadap pemenuhan hak kesehatan masyarakat adat di daerah 3T melalui pendekatan keadilan sosial dan pembangunan berkelanjutan.

Kata Kunci: *hukum kehutanan; hak atas kesehatan; masyarakat adat; daerah 3T*

ABSTRACT

Indigenous communities residing in forest areas, particularly in Frontier, Outermost, and Disadvantaged regions (3T), face structural challenges in accessing adequate healthcare services. On the one hand, forestry law aims to protect forest areas as strategic national resources; on the other hand, restrictions on access and forest area status often limit development and the provision of healthcare services for indigenous peoples. This article aims to analyze how forestry law affects the fulfillment of the right to health of indigenous communities living in forest areas within 3T regions. The research method employed is normative legal research using statutory, conceptual, and human rights approaches. The findings indicate the existence of a normative tension between the forestry law regime and the state's obligation to guarantee the right to health as a constitutional right of citizens. Therefore, a reconstruction of forestry legal policy is required to be more responsive to the fulfillment of the health rights of indigenous communities in 3T regions through a social justice and sustainable development approach.

Keywords: *forestry law; right to health; indigenous peoples; 3T regions*

I. PENDAHULUAN

Daerah 3T (terdepan, terluar, Teringgal) merupakan wilayah yang secara geografis sulit dijangkau, minim infrastruktur, dan mayoritas ditutupi oleh kawasan hutan. Dalam konteks ini, masyarakat adat menjadi kelompok yang paling rentan mengalami keterbatasan akses pelayanan kesehatan. Keberadaan mereka di dalam atau sekitar kawasan hutan seringkali menempatkan masyarakat adat dalam posisi dilematis, karena status kawasan hutan membawa konsekuensi hukum yang membatasi pembangunan fasilitas publik, termasuk fasilitas kesehatan. Padahal, hak atas kesehatan merupakan bagian dari hak asasi manusia yang dijamin oleh konstitusi dan berbagai instrumen hukum nasional maupun internasional.

Hak atas kesehatan merupakan hak asasi manusia yang diakui secara universal dan mengikat negara sebagai pemegang kewajiban utama. Dalam konteks hukum nasional Indonesia, hak atas kesehatan dijamin sebagai hak konstitusional yang tidak dapat dikurangi, termasuk bagi masyarakat adat yang bermukim di kawasan hutan daerah 3T. Hak atas kesehatan tidak dimaknai sebatas ketersediaan layanan medis, melainkan mencakup akses fisik, ekonomi, informasi, serta kualitas pelayanan yang layak dan dapat diterima secara budaya. Pendekatan hak asasi manusia menegaskan kewajiban negara untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak tersebut, termasuk dengan menghilangkan hambatan struktural yang bersumber dari regulasi sektoral seperti hukum kehutanan. Dalam praktiknya, negara sering kali lebih menekankan perlindungan ekologis hutan tanpa mengintegrasikan dimensi sosial-kesehatan, sehingga terjadi pengabaian terhadap hak kesehatan masyarakat adat. Padahal, standar internasional menegaskan bahwa kebijakan lingkungan tidak boleh menimbulkan kemunduran (*retrogressive measures*) terhadap pemenuhan hak dasar, termasuk hak atas kesehatan bagi kelompok rentan di wilayah terpencil.¹

Masyarakat adat memiliki hubungan historis, kultural, dan spiritual yang kuat dengan kawasan hutan, sehingga keberadaan mereka tidak dapat dipisahkan dari ruang hidupnya. Namun, dalam sistem hukum kehutanan nasional, kawasan hutan kerap ditempatkan sebagai wilayah yang dikuasai negara secara administratif, yang berdampak pada pembatasan aktivitas pembangunan, termasuk pembangunan fasilitas kesehatan. Di daerah 3T, status kawasan hutan sering menjadi alasan normatif bagi pemerintah daerah untuk tidak membangun puskesmas, rumah sakit pratama, atau sarana kesehatan lainnya. Kondisi ini memperparah ketimpangan pelayanan kesehatan bagi masyarakat adat yang secara geografis sudah terisolasi. Putusan pengadilan dan perkembangan kebijakan terkini memang mulai mengakui keberadaan masyarakat adat dalam kawasan hutan, namun implementasinya masih lemah dan sektoral.² Akibatnya, masyarakat adat

¹World Health Organization., **The right to health**. (Geneva: WHO; 2023).

² Safitri M.. **Hutan, negara, dan masyarakat adat**. (Jakarta: Epistema Institute, 2022), 56

berada dalam posisi subordinat, di mana hak kesehatan mereka tereduksi oleh rigiditas status kawasan hutan, tanpa adanya mekanisme afirmatif yang memadai dari negara.

Hukum kehutanan selama ini lebih berorientasi pada perlindungan ekologis dan penguasaan negara atas kawasan hutan, sementara dimensi sosial—terutama hak kesehatan masyarakat adat—belum memperoleh perhatian yang memadai. Kondisi ini menimbulkan pertanyaan mendasar mengenai sejauh mana hukum kehutanan telah selaras dengan prinsip pemenuhan hak dasar warga negara, khususnya di wilayah 3T. Oleh karena itu, kajian ini menjadi penting untuk menelaah relasi antara hukum kehutanan dan hak atas kesehatan masyarakat adat secara normatif dan kritis.

Rumusan masalah yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah bagaimana pengaturan hukum kehutanan mempengaruhi akses pelayanan kesehatan masyarakat adat di kawasan hutan daerah 3T dan bagaimana seharusnya rekonstruksi hukum kehutanan dilakukan untuk menjamin pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat adat di daerah 3T.

II. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian hukum normatif dengan penguatan pendekatan empiris secara terbatas (normatif-empiris). Penelitian hukum normatif dipilih karena fokus utama kajian ini adalah menganalisis norma hukum yang mengatur hubungan antara hukum kehutanan dan pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat adat yang bermukim di kawasan hutan, khususnya di daerah Terdepan, Terluar, dan Tertinggal (3T). Pendekatan ini menempatkan hukum sebagai norma yang mengatur perilaku negara dan relasi antara negara dengan warga negara dalam konteks pemenuhan hak asasi manusia.

Pendekatan normatif dalam penelitian ini dilakukan melalui pendekatan perundang-undangan (statute approach) dengan mengkaji secara sistematis Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Undang-Undang Kehutanan, serta peraturan perundang-undangan terkait lainnya. Analisis difokuskan pada kewajiban hukum negara dalam menjamin pelayanan kesehatan di wilayah terpencil serta implikasi status kawasan hutan terhadap pemenuhan hak tersebut. Selain itu, digunakan pula pendekatan konseptual (conceptual approach) untuk menelaah konsep hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia, hak konstitusional warga negara, serta konsep keadilan sosial dalam pengelolaan sumber daya hutan.

Untuk memperkuat relevansi dan konteks penerapan norma, penelitian ini juga menggunakan pendekatan normatif-empiris (socio-legal approach) secara terbatas. Pendekatan ini tidak dimaksudkan sebagai penelitian lapangan murni, melainkan sebagai alat bantu untuk memahami bagaimana norma hukum kehutanan dan kebijakan kesehatan diimplementasikan dalam praktik, khususnya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat adat di kawasan hutan daerah 3T. Data empiris

diperoleh dari studi pustaka terhadap laporan resmi pemerintah, dokumen kebijakan, hasil penelitian terdahulu, serta publikasi lembaga nasional dan internasional yang relevan dengan isu pelayanan kesehatan di wilayah terpencil.

Bahan hukum yang digunakan dalam penelitian ini meliputi bahan hukum primer, berupa peraturan perundang-undangan dan dokumen kebijakan resmi; bahan hukum sekunder, berupa buku teks hukum, jurnal ilmiah bereputasi, dan hasil penelitian terdahulu; serta bahan hukum tersier, berupa kamus hukum dan ensiklopedia yang relevan. Seluruh bahan hukum dianalisis secara kualitatif dengan teknik analisis preskriptif-argumentatif, yaitu menilai kesesuaian antara norma hukum kehutanan dan kewajiban negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat adat, serta merumuskan rekomendasi normatif untuk perbaikan dan harmonisasi kebijakan hukum.

III. PEMBAHASAN

3.1 Pengaturan hukum kehutanan mempengaruhi akses pelayanan kesehatan masyarakat adat di Kawasan hutan daerah 3T (terdepan, terluar, tertinggal)

Pengaturan hukum kehutanan dalam Undang-Undang No. 41 tahun 1999 memiliki dampak langsung dan tidak langsung terhadap pelayanan kesehatan masyarakat adat di daerah 3T. Secara langsung, pembatasan penggunaan kawasan hutan menghambat pembangunan infrastruktur kesehatan, termasuk akses jalan, listrik, dan air bersih yang merupakan prasyarat layanan kesehatan. Secara tidak langsung, regulasi kehutanan mempengaruhi distribusi tenaga kesehatan, logistik medis, serta sistem rujukan yang efektif. Dalam banyak kasus, tenaga kesehatan enggan ditempatkan di wilayah hutan terpencil karena keterbatasan sarana dan kepastian hukum.³ Hal ini bertentangan dengan prinsip pemerataan pelayanan kesehatan yang menjadi mandat negara. Studi-studi terbaru menunjukkan bahwa regulasi sektoral yang tidak terintegrasi memperbesar kesenjangan kesehatan di wilayah terpencil dan komunitas adat. Oleh karena itu, hukum kehutanan yang tidak sensitif terhadap dimensi kesehatan berpotensi melanggar kewajiban negara dalam menjamin hak atas kesehatan, khususnya bagi kelompok rentan yang secara struktural mengalami marginalisasi.⁴

Hak atas kesehatan merupakan bagian integral dari hak asasi manusia yang diakui secara universal dan mengikat negara sebagai pemangku kewajiban utama. Dalam perkembangan hukum HAM modern, hak atas kesehatan tidak lagi dipahami secara sempit sebagai hak untuk memperoleh layanan medis, melainkan sebagai hak atas kondisi hidup yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan tertinggi yang dapat dicapai. Konsep ini ditegaskan dalam berbagai instrumen internasional dan

³FAO., **Forests, health and livelihoods**.(Rome: FAO 2022), 301

⁴Mahendradhata Y, et al. 2023, Inequalities in health service access in remote areas. *Lancet Reg Health Southeast Asia*. Vol.18 No. 10 hal. 410.

diadopsi dalam sistem hukum nasional Indonesia, termasuk dalam kerangka kebijakan kesehatan nasional pascareformasi. Dalam konteks masyarakat adat di kawasan hutan daerah 3T, hak atas kesehatan memiliki dimensi yang lebih kompleks karena berkaitan langsung dengan faktor geografis, ekologis, sosial, dan hukum sektoral. Negara tidak dapat melepaskan tanggung jawabnya dengan alasan keterbatasan wilayah atau status kawasan hutan, sebab prinsip non-diskriminasi dan keadilan substantif menuntut perlakuan afirmatif terhadap kelompok rentan. Dengan demikian, hak atas kesehatan harus diposisikan sebagai norma dasar yang menjiwai seluruh kebijakan sektoral, termasuk hukum kehutanan.⁵

Pendekatan hak asasi manusia menempatkan negara dalam tiga lapis kewajiban utama, yaitu kewajiban untuk menghormati (to respect), melindungi (to protect), dan memenuhi (to fulfil) hak atas kesehatan. Kewajiban menghormati berarti negara tidak boleh mengeluarkan kebijakan yang secara langsung atau tidak langsung menghambat akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Dalam konteks kawasan hutan daerah 3T, pembatasan pembangunan fasilitas kesehatan akibat rigiditas hukum kehutanan berpotensi melanggar kewajiban ini. Kewajiban melindungi mengharuskan negara mencegah pihak ketiga, termasuk korporasi kehutanan atau pemegang konsesi, melakukan tindakan yang merugikan kesehatan masyarakat adat. Sementara itu, kewajiban memenuhi menuntut negara untuk mengambil langkah-langkah legislatif, administratif, dan anggaran guna memastikan tersedianya layanan kesehatan yang dapat diakses, diterima, dan bermutu. Ketiga kewajiban ini bersifat simultan dan tidak dapat dipisahkan, sehingga kegagalan pada satu aspek mencerminkan kegagalan negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan.⁶

Dalam sistem hukum Indonesia, hak atas kesehatan telah memperoleh legitimasi konstitusional yang kuat. Reformulasi kebijakan kesehatan dalam lima tahun terakhir menunjukkan pengakuan negara bahwa ketimpangan layanan kesehatan masih menjadi persoalan struktural, terutama di wilayah terpencil dan komunitas adat. Namun, pengakuan normatif tersebut belum sepenuhnya diikuti dengan harmonisasi regulasi sektoral yang memadai. Hukum kehutanan, sebagai salah satu rezim hukum yang paling dominan di wilayah 3T, kerap beroperasi secara terpisah dari kebijakan kesehatan. Akibatnya, terjadi fragmentasi kebijakan yang menghambat pemenuhan hak kesehatan masyarakat adat. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara norma hukum HAM dan implementasi kebijakan di lapangan. Dalam perspektif HAM, kesenjangan tersebut tidak dapat dibenarkan, karena negara tetap bertanggung jawab atas dampak kebijakan lintas sektor yang merugikan hak dasar warga negara, termasuk hak atas kesehatan.

⁵ Kementerian Kesehatan RI., **Peta jalan transformasi sistem kesehatan**. (Jakarta: Kemenkes RI 2023); hal. 48

⁶Yamin AE.2024, *Human rights and the future of global health*. Jurnal Health Human Rights. Vol. 24 No. 2, hal. 23-36.

Hak atas kesehatan juga harus dipahami dalam kerangka determinan sosial kesehatan (*social determinants of health*). Determinan ini mencakup akses terhadap air bersih, sanitasi, pangan, perumahan, lingkungan yang sehat, serta akses transportasi dan informasi. Bagi masyarakat adat di kawasan hutan daerah 3T, hampir seluruh determinan tersebut dipengaruhi oleh kebijakan kehutanan. Pembatasan penggunaan lahan, minimnya infrastruktur dasar, serta keterisolasian wilayah memperburuk kondisi kesehatan masyarakat.⁷ Oleh karena itu, kegagalan negara menyediakan pelayanan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari kegagalan negara mengelola kawasan hutan secara inklusif. Pendekatan HAM menegaskan bahwa negara tidak boleh bersikap pasif atau menyerahkan persoalan kesehatan masyarakat adat pada kondisi alam semata. Negara wajib melakukan intervensi afirmatif untuk mengatasi ketimpangan struktural yang dihadapi kelompok rentan di wilayah hutan terpencil.⁸

Prinsip kesetaraan dan non-diskriminasi menjadi landasan utama dalam pemenuhan hak atas kesehatan. Dalam praktiknya, masyarakat adat di daerah 3T sering kali mengalami diskriminasi tidak langsung akibat kebijakan yang tampak netral, tetapi berdampak eksklusif. Hukum kehutanan yang membatasi pembangunan fasilitas publik di kawasan hutan, misalnya, berlaku umum namun secara faktual merugikan masyarakat adat yang menggantungkan hidupnya di wilayah tersebut. Diskriminasi semacam ini dikenal sebagai diskriminasi struktural, yang dalam hukum HAM modern dianggap sebagai pelanggaran serius terhadap hak dasar. Negara memiliki kewajiban untuk mengidentifikasi dan mengoreksi kebijakan yang menghasilkan dampak diskriminatif, termasuk dengan melakukan penyesuaian regulasi kehutanan. Tanpa langkah korektif, kebijakan kehutanan berpotensi memperkuat ketimpangan kesehatan dan mengingkari prinsip keadilan sosial yang menjadi tujuan negara hukum.

Perkembangan diskursus internasional menunjukkan semakin kuatnya pengakuan terhadap keterkaitan antara perlindungan lingkungan dan hak atas kesehatan. Namun, keterkaitan tersebut tidak boleh dimaknai secara sempit sebagai pembenaran pembatasan hak kesehatan demi kepentingan konservasi. Standar HAM menegaskan bahwa perlindungan lingkungan harus dilakukan dengan pendekatan berbasis manusia (*human-centered approach*), terutama bagi komunitas adat dan lokal.⁹ Dalam kajian ini, hukum kehutanan harus berfungsi sebagai instrumen yang menyeimbangkan kepentingan ekologis dan kepentingan sosial. Kesehatan masyarakat adat bukanlah ancaman bagi kelestarian hutan, melainkan prasyarat bagi pengelolaan hutan yang berkelanjutan. Oleh karena itu, pendekatan HAM menuntut reformulasi hukum

⁷KLHK. **Statistik kehutanan Indonesia 2023**. (Jakarta: Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan; 2024).

⁸Addrian Bedner, Arizona Y, , Adat dalam Hukum Tanah Indonesia, Janji untuk masa depan atau jalan buntu. *Jurnal Antropologi ASIA Pasifik*, 20 No. 5 (2019): 419.

⁹Safitri M, Plurisme hukum dan pengakuan masyarakat adat dalam kebijakan kehutanan, *Jurnal Hukum Lingkungan Indonesia*, 7 No. 2, (2021):137.

kehutanan agar selaras dengan prinsip perlindungan hak atas kesehatan, khususnya di wilayah 3T.

Hak atas kesehatan masyarakat adat juga memiliki dimensi kolektif yang berbeda dari hak individual pada umumnya. Kesehatan masyarakat adat berkaitan erat dengan praktik budaya, pengetahuan tradisional, dan relasi spiritual dengan hutan. Pelayanan kesehatan yang tidak sensitif terhadap konteks budaya berpotensi ditolak atau tidak dimanfaatkan secara optimal. Oleh karena itu, pemenuhan hak atas kesehatan di kawasan hutan tidak hanya menyangkut pembangunan fasilitas fisik, tetapi juga pengakuan terhadap sistem pengetahuan lokal. Dalam lima tahun terakhir, berbagai studi menekankan pentingnya pendekatan kesehatan berbasis komunitas adat sebagai bagian dari hak atas kesehatan. Negara memiliki kewajiban untuk mengintegrasikan pendekatan tersebut ke dalam kebijakan kesehatan dan kehutanan, sehingga hak atas kesehatan tidak tereduksi menjadi layanan medis yang terputus dari konteks sosial-budaya masyarakat adat.¹⁰

Kewajiban negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan bersifat progresif, namun tidak berarti negara dapat menunda pemenuhannya tanpa batas. Prinsip realisasi progresif dalam hukum HAM tetap mengharuskan negara mengambil langkah konkret dan terukur, terutama bagi kelompok yang paling rentan. Masyarakat adat di kawasan hutan daerah 3T jelas termasuk dalam kategori kelompok yang membutuhkan perlindungan prioritas. Oleh karena itu, alasan keterbatasan anggaran atau kompleksitas wilayah tidak dapat digunakan untuk membenarkan stagnasi kebijakan.¹¹ Negara wajib menunjukkan komitmen nyata melalui harmonisasi regulasi, alokasi anggaran khusus, dan penguatan koordinasi lintas sektor. Tanpa langkah-langkah tersebut, hak atas kesehatan hanya akan menjadi norma simbolik yang tidak berdampak pada peningkatan kualitas hidup masyarakat adat.

Dalam perspektif hukum pembangunan, pemenuhan hak atas kesehatan merupakan indikator penting keberhasilan negara dalam mewujudkan pembangunan berkelanjutan. Agenda pembangunan berkelanjutan menempatkan kesehatan dan kesejahteraan sebagai tujuan utama yang saling terkait dengan perlindungan lingkungan. Di kawasan hutan daerah 3T, ketidaksinkronan antara kebijakan kehutanan dan kesehatan justru menghambat pencapaian tujuan tersebut. Pembangunan kesehatan yang terhambat akan berdampak pada rendahnya kualitas sumber daya manusia, yang pada akhirnya juga mempengaruhi kemampuan masyarakat adat dalam menjaga dan mengelola hutan secara berkelanjutan.¹² Oleh karena itu, pendekatan HAM menuntut negara untuk

¹⁰OECD. *Delivering Quality Education and Health Care to All: Preparing Regions for Demographic Change*. Paris: OECD Publishing; 2021. DOI: 10.1787/83025c02-en. Available from: <https://doi.org/10.1787/83025c02-en>

¹¹Bappenas RI., **Pembangunan daerah tertinggal dan 3T**. (Jakarta.PusdikBappenas 2022), 52

¹²UNDP., *Indonesia SDG Push Framework: Unlocking New Pathways to SDG Acceleration*. New York: United Nations Development Programme, Available from: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-05/undp_sdg_push_indonesia.pdf

melihat hak atas kesehatan bukan sebagai beban kebijakan, melainkan sebagai investasi jangka panjang dalam pengelolaan kawasan hutan yang adil dan berkelanjutan.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa hak atas kesehatan merupakan norma fundamental yang harus menjadi rujukan utama dalam penataan hukum kehutanan di daerah 3T. Pengabaian terhadap hak ini tidak hanya melanggar kewajiban negara dalam perspektif HAM, tetapi juga berpotensi merusak tujuan perlindungan hutan itu sendiri. Oleh karena itu, kajian terhadap hukum kehutanan harus selalu ditempatkan dalam kerangka pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat adat. Pendekatan ini menuntut perubahan paradigma dari sekadar penguasaan negara atas hutan menuju pengelolaan hutan yang berorientasi pada manusia dan keadilan sosial. Dengan demikian, hukum kehutanan dapat berfungsi sebagai instrumen yang mendukung, bukan menghambat, pemenuhan hak atas kesehatan di wilayah 3T.

3.1.1 Masyarakat Adat dan Status Kawasan Hutan di Daerah 3T

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan secara tegas menempatkan pelayanan kesehatan sebagai kewajiban negara yang harus diselenggarakan secara merata, termasuk di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan.¹³ Norma ini memperkuat pendekatan hak asasi manusia dalam kebijakan kesehatan nasional dengan menekankan prinsip keadilan, nondiskriminasi, dan afirmasi bagi wilayah 3T. Namun, dalam tataran praktek masyarakat adat yang bermukim di kawasan hutan, implementasi norma tersebut berhadapan dengan rezim hukum kehutanan yang masih menempatkan kawasan hutan sebagai wilayah dengan pembatasan ketat terhadap aktivitas pembangunan. Secara normatif, terjadi irisan kewenangan antara sektor kesehatan dan kehutanan yang belum sepenuhnya diharmonisasikan.¹⁴ Secara empiris, irisan tersebut sering kali berujung pada terhambatnya pembangunan fasilitas kesehatan di wilayah hutan, meskipun Undang-Undang Kesehatan mewajibkan negara memastikan ketersediaan dan akses layanan kesehatan bagi seluruh warga negara tanpa kecuali.

Masyarakat adat di daerah 3T secara faktual hidup dalam kondisi geografis yang sulit dijangkau dan sangat bergantung pada kawasan hutan sebagai ruang hidup. Dalam perspektif hukum kehutanan, kawasan hutan dikuasai oleh negara dan dikelola berdasarkan fungsi konservasi, lindung, dan produksi.¹⁵ Pengaturan ini sering kali diterjemahkan secara administratif sebagai larangan pembangunan infrastruktur permanen, termasuk fasilitas kesehatan. Padahal, Undang-Undang Kesehatan No. 17 Tahun 2023 menegaskan bahwa negara wajib menjamin ketersediaan fasilitas

¹³Republik Indonesia. **Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan**. Lembaran Negara RI Tahun 2023.

¹⁴Safitri M. **Hutan, negara, dan masyarakat adat**. (Jakarta: Epistema Institute; 2022), 67.

¹⁵Madani Insight – Menakar Perkembangan RUU Masyarakat Hukum Adat. PDF; 2021. Available from: https://madaniberkelanjutan.id/wp-content/uploads/2022/07/Madani-Insight-Menakar-Perkembangan-RUU-Masyarakat-Hukum-Adat-Juni-2021_compressed.pdf

pelayanan kesehatan dasar dan rujukan di seluruh wilayah, dengan pendekatan khusus untuk daerah terpencil. Ketidaksinkronan normatif ini menciptakan ketegangan antara pengakuan hak kesehatan masyarakat adat dan status hukum kawasan hutan. Dalam praktik empiris, pemerintah daerah kerap berada dalam posisi dilematis antara kepatuhan pada regulasi kehutanan dan pemenuhan kewajiban pelayanan kesehatan.

Pendekatan normatif terhadap masyarakat adat melalui Undang-Undang No. 41 tahun 1999 menunjukkan bahwa negara tidak hanya berkewajiban mengakui keberadaan mereka, tetapi juga menjamin pemenuhan hak-hak dasar yang melekat, termasuk hak atas kesehatan. Undang-Undang Kesehatan No. 17 Tahun 2023 menekankan pendekatan berbasis kebutuhan wilayah dan kelompok rentan, yang secara implisit mencakup masyarakat adat di kawasan hutan. Namun, hukum kehutanan belum secara eksplisit mengintegrasikan dimensi pelayanan kesehatan sebagai bagian dari pengelolaan kawasan hutan.¹⁶ Secara empiris, kondisi ini terlihat dari minimnya puskesmas, rumah sakit pratama, dan tenaga kesehatan di wilayah adat dalam kawasan hutan. Kesenjangan tersebut memperlihatkan bahwa pengakuan normatif belum diikuti oleh kebijakan operasional lintas sektor yang efektif. Akibatnya, masyarakat adat tetap berada dalam kondisi ketidakpastian hukum dan keterbatasan akses layanan kesehatan.

Status kawasan hutan juga berimplikasi pada tata ruang dan perizinan pembangunan fasilitas kesehatan. Undang-Undang Kehutanan No. 41/1999 memberikan kewenangan besar kepada negara untuk mengatur pemanfaatan kawasan hutan, sementara Undang-Undang Kesehatan mewajibkan negara menghadirkan layanan kesehatan yang dekat dan terjangkau. Dalam praktik empiris, proses perizinan lintas sektor sering kali memakan waktu lama dan berujung pada penundaan atau pembatalan pembangunan fasilitas kesehatan. Hal ini berdampak langsung pada kualitas hidup masyarakat adat di daerah 3T, yang harus menempuh jarak jauh untuk memperoleh layanan kesehatan dasar. Ketimpangan ini menunjukkan bahwa status kawasan hutan telah menjadi faktor struktural yang mempengaruhi akses kesehatan, sehingga memerlukan penataan ulang kebijakan secara normatif dan empiris.

Undang-Undang Kesehatan No. 17 tahun 2023 mengintroduksi konsep transformasi sistem kesehatan yang menekankan pelayanan promotif dan preventif berbasis wilayah.¹⁷ Konsep ini seharusnya relevan bagi masyarakat adat di kawasan hutan, yang memiliki kearifan lokal dalam menjaga kesehatan dan lingkungan. Namun, tanpa dukungan kebijakan kehutanan yang adaptif, transformasi tersebut sulit diwujudkan. Secara kenyataan banyak program kesehatan tidak berkelanjutan karena tidak terintegrasi dengan kebijakan pengelolaan hutan dan wilayah adat. Hal ini memperlihatkan bahwa

¹⁶Rahman RA, Nugraheni M.A., Ketimpangan Akses Pelayanan Kesehatan di Wilayah Terpencil Indonesia: Studi Kasus di Daerah 3T. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (JKMN)* 18 No 2 (2023):87–98. URL (PDF): <https://ejournal.kemkes.go.id/index.php/jkmn/article/view/5000>

¹⁷Republik Indonesia. *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Lembaran Negara RI Tahun 2023.

pengaturan kawasan hutan belum sepenuhnya selaras dengan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat adat, meskipun secara normatif negara telah mengakui pentingnya pelayanan kesehatan di daerah 3T.

Pengalaman empiris di berbagai daerah 3T menunjukkan bahwa keterbatasan akses kesehatan bukan semata akibat faktor geografis, tetapi juga akibat konstruksi hukum yang menempatkan kawasan hutan sebagai ruang yang “steril” dari pembangunan sosial. Padahal, Undang-Undang Kesehatan secara jelas mengamanatkan penyediaan layanan kesehatan berbasis kebutuhan wilayah, termasuk wilayah dengan hambatan geografis.¹⁸ Ketika hukum kehutanan tidak memberi ruang afirmatif bagi pembangunan fasilitas kesehatan, maka terjadi konflik normatif yang merugikan masyarakat adat. Konflik ini memperlihatkan pentingnya membaca hukum kehutanan dalam perspektif HAM dan kesehatan masyarakat, bukan semata-mata dalam kerangka konservasi.

Dalam perspektif normatif-empiris, pengakuan masyarakat adat di kawasan hutan harus diikuti dengan jaminan akses pelayanan kesehatan yang memadai. Undang-Undang Kesehatan 2023 memberikan dasar hukum yang kuat untuk afirmasi layanan kesehatan di daerah 3T, namun implementasinya memerlukan harmonisasi dengan hukum kehutanan. Tanpa harmonisasi tersebut, masyarakat adat akan terus mengalami ketertinggalan layanan kesehatan yang berdampak pada rendahnya derajat kesehatan dan kualitas hidup. Hal ini menunjukkan bahwa persoalan kesehatan masyarakat adat di kawasan hutan merupakan persoalan struktural yang bersumber dari ketidaksinkronan regulasi.¹⁹

Norma internasional juga menegaskan bahwa kebijakan lingkungan tidak boleh menghambat pemenuhan hak dasar masyarakat adat. Dalam konteks Indonesia, Undang-Undang Kehutanan perlu dibaca secara dinamis agar tidak bertentangan dengan kewajiban negara dalam UU Kesehatan. Empirically, negara masih cenderung memprioritaskan perlindungan kawasan hutan tanpa mempertimbangkan dampaknya terhadap akses kesehatan. Pendekatan ini berpotensi melanggar prinsip proporsionalitas dan keadilan substantif dalam hukum HAM.

Kondisi masyarakat adat di daerah 3T menunjukkan bahwa status kawasan hutan telah menjadi determinan sosial kesehatan yang signifikan. Akses yang terbatas terhadap layanan kesehatan berkontribusi pada tingginya angka penyakit menular, kematian ibu dan anak, serta masalah gizi. UU Kesehatan 2023 secara normatif mewajibkan negara mengatasi ketimpangan tersebut, namun implementasi empiris masih terkendala oleh pendekatan sektoral dalam hukum kehutanan. Hal ini menegaskan perlunya reformulasi kebijakan lintas sektor yang lebih integratif. Setelah dianalisis secara normatif-empiris menunjukkan bahwa status kawasan hutan memiliki implikasi langsung terhadap

¹⁸Bappenas RI. **Pembangunan daerah tertinggal dan 3T**. (Jakarta; Pusdiklat Bappenas, 2022), 43

¹⁹Sopaheluwakan WRI, Fatem SM, Kutaneegara PM, Maryudi A. 2023, Desentralisasi selama dua dekade dan pengakuan hak hutan adat: Studi kasus kebijakan otonomi khusus di Papua Barat, Indonesia. *Forest Policy and Economics* 15 No. 1,(2023) DOI: 10.1016/j.forpol.2023.102951.

pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat adat di daerah 3T. UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023 memberikan mandat afirmatif yang kuat, namun belum sepenuhnya terakomodasi dalam kerangka hukum kehutanan. Ketidakharmonisan ini menuntut penataan ulang kebijakan agar pengelolaan kawasan hutan tidak mengorbankan hak kesehatan masyarakat adat.

3.1.2. Dampak Hukum Kehutanan terhadap Pelayanan Kesehatan

Secara normatif, Undang-Undang Kesehatan No. 17/2023 menempatkan pelayanan kesehatan di daerah 3T sebagai prioritas nasional, termasuk kewajiban negara menyediakan fasilitas dan tenaga kesehatan. Namun, hukum kehutanan masih memposisikan kawasan hutan sebagai wilayah dengan pembatasan pembangunan yang ketat. Dampaknya secara empiris terlihat pada keterbatasan fasilitas kesehatan di wilayah hutan, baik dari segi jumlah maupun kualitas. Hal ini menunjukkan bahwa hukum kehutanan secara tidak langsung telah mempengaruhi distribusi layanan kesehatan di daerah 3T. Dalam kenyataan banyak fasilitas kesehatan di wilayah hutan bersifat sementara dan minim sarana pendukung. Kondisi ini bertentangan dengan standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan dalam Undang-Undang Kesehatan No. 17/2023. Keterbatasan tersebut tidak hanya berdampak pada layanan kuratif, tetapi juga pada program promotif dan preventif yang seharusnya menjadi fokus pelayanan kesehatan masyarakat adat.

Distribusi tenaga kesehatan juga sangat dipengaruhi oleh status kawasan hutan.²⁰ Ketidakpastian hukum dan minimnya infrastruktur membuat tenaga kesehatan enggan bertugas di wilayah 3T. Padahal, Undang-Undang Kesehatan mewajibkan negara menjamin pemerataan tenaga kesehatan melalui kebijakan afirmatif. Ketidakhadiran kebijakan kehutanan yang mendukung memperparah kesenjangan layanan kesehatan. Akses rujukan medis di kawasan hutan menjadi persoalan serius. Jarak yang jauh, keterbatasan transportasi, dan infrastruktur jalan yang minim memperlambat penanganan kasus gawat darurat. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengaturan kawasan hutan berdampak sistemik terhadap sistem pelayanan kesehatan, yang seharusnya dijamin negara.

Undang-Undang Kesehatan No 17/2023 menekankan pendekatan pelayanan kesehatan berbasis wilayah dan kebutuhan lokal. Namun, pendekatan ini sulit diterapkan ketika hukum kehutanan tidak memberikan fleksibilitas dalam pembangunan infrastruktur kesehatan. Secara empiris, kebijakan sektoral yang tidak terintegrasi memperbesar ketimpangan kesehatan di daerah 3T.

Dampak hukum kehutanan terhadap kesehatan juga terlihat pada aspek determinan lingkungan. Pengelolaan hutan yang tidak melibatkan masyarakat adat berpotensi

²⁰Rahman RA, Nugraheni MA. Ketimpangan akses pelayanan kesehatan di wilayah terpencil Indonesia: studi kasus di daerah 3T. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* 18, No. 2 (2023):87–98. Available from: <https://ejournal.kemkes.go.id/index.php/jkmmn/article/view/5000>

menimbulkan konflik dan degradasi lingkungan yang berdampak pada kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa perlindungan hutan dan kesehatan masyarakat seharusnya dipandang sebagai tujuan yang saling memperkuat. Dalam telaah Normatif-empiris, kegagalan menghadirkan layanan kesehatan yang layak di kawasan hutan dapat dikategorikan sebagai pengabaian kewajiban negara dalam UU Kesehatan. Hukum kehutanan tidak dapat dijadikan alasan pembenar untuk mengurangi standar pelayanan kesehatan di daerah 3T.

Ketimpangan layanan kesehatan di kawasan hutan juga berdampak pada indikator pembangunan manusia. Dalam tinjauan empiris, wilayah hutan dan adat menunjukkan capaian kesehatan yang lebih rendah dibanding wilayah non-hutan. Hal ini memperlihatkan dampak struktural hukum kehutanan terhadap kesejahteraan masyarakat.²¹ Dari perspektif HAM, dampak hukum kehutanan terhadap pelayanan kesehatan harus dinilai berdasarkan prinsip proporsionalitas. Pembatasan demi perlindungan hutan tidak boleh mengorbankan hak dasar masyarakat adat atas kesehatan.

Oleh karena itu, dampak hukum kehutanan terhadap pelayanan kesehatan di daerah 3T menuntut evaluasi kritis. Undang-Undang Kesehatan No. 17 tahun 2023 memberikan dasar normatif yang kuat untuk menuntut integrasi kebijakan lintas sektor demi pemerataan layanan kesehatan.

3. 2 Rekonstruksi Hukum Kehutanan Berbasis Hak atas Kesehatan

Rekonstruksi hukum kehutanan perlu diarahkan pada pendekatan berbasis hak atas kesehatan dan keadilan sosial, terutama bagi masyarakat adat di daerah 3T. Pendekatan ini menuntut integrasi kebijakan kehutanan dengan kebijakan kesehatan dan pembangunan daerah secara holistik. Negara harus menempatkan hak atas kesehatan sebagai pertimbangan utama dalam penetapan dan pengelolaan kawasan hutan, termasuk melalui pengecualian terbatas untuk pembangunan fasilitas kesehatan yang berkelanjutan. Rekonstruksi juga mencakup penyederhanaan perizinan lintas sektor, pengakuan wilayah kelola adat, serta afirmasi kebijakan bagi daerah 3T. Selain itu, diperlukan kerangka hukum yang secara eksplisit mewajibkan negara memastikan akses pelayanan kesehatan di kawasan hutan tanpa mengorbankan prinsip perlindungan lingkungan. jadi hukum kehutanan tidak lagi menjadi instrumen pembatas, melainkan sarana untuk mewujudkan keseimbangan antara perlindungan hutan dan pemenuhan hak kesehatan masyarakat adat secara berkelanjutan.

Rekonstruksi hukum kehutanan harus berangkat dari pengakuan bahwa hak atas kesehatan merupakan hak konstitusional yang ditegaskan kembali dalam UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023. Oleh karena itu, pengelolaan kawasan hutan wajib mempertimbangkan pemenuhan hak kesehatan masyarakat adat di daerah 3T sebagai

²¹Nurjaya IN. *Proses Pemiskinan di Sektor Hutan dan Sumber Daya Alam: Perspektif Politik Hukum*. (Jakarta: KIKIS/KPSHK/AusAID; 2000)., 67

bagian dari kepentingan publik . Secara normatif, diperlukan harmonisasi antara Undang-Undang Kehutanan dan Undang-Undang Kesehatan melalui pendekatan kebijakan lintas sektor. Harmonisasi ini penting agar pembangunan fasilitas kesehatan di kawasan hutan tidak terhambat oleh prosedur administratif yang berlebihan.²²

Pendekatan afirmatif bagi daerah 3T harus diintegrasikan dalam kebijakan kehutanan, termasuk pengecualian terbatas untuk pembangunan fasilitas kesehatan dasar. Pendekatan ini sejalan dengan mandat Undang-Undang Kesehatan mengenai pemerataan layanan kesehatan. Rekonstruksi juga mencakup penyederhanaan perizinan dan penguatan koordinasi antara kementerian sektor kesehatan dan kehutanan.²³ Tanpa koordinasi tersebut, implementasi norma UU Kesehatan akan terus terhambat di wilayah hutan.

Pengakuan wilayah adat menjadi kunci rekonstruksi hukum kehutanan yang berkeadilan. Pengakuan ini akan memperkuat dasar hukum penyediaan layanan kesehatan berbasis komunitas adat di kawasan hutan. Pendekatan berbasis HAM menuntut negara menilai dampak kebijakan kehutanan terhadap kesehatan masyarakat sebelum menetapkan kebijakan baru. Penilaian ini penting untuk mencegah pelanggaran hak kesehatan. Rekonstruksi hukum kehutanan harus disertai dengan alokasi anggaran khusus untuk pelayanan kesehatan di kawasan hutan. Tanpa dukungan anggaran, norma hukum akan sulit diimplementasikan.

Integrasi pengetahuan kesehatan tradisional masyarakat adat ke dalam sistem kesehatan formal juga merupakan bagian dari rekonstruksi hukum yang berkeadilan. Pendekatan ini sejalan dengan semangat Undang-Undang Kesehatan No. 17/2023. Rekonstruksi hukum kehutanan berbasis hak atas kesehatan akan berkontribusi pada pencapaian pembangunan berkelanjutan. Kesehatan masyarakat adat yang terjamin akan memperkuat peran mereka dalam menjaga kelestarian hutan. Pada akhirnya rekonstruksi hukum kehutanan harus diarahkan pada integrasi penuh dengan Undang-Undang Kesehatan No. 17 Tahun 2023. Pendekatan normatif-empiris ini menempatkan hak atas kesehatan masyarakat adat di daerah 3T sebagai bagian tak terpisahkan dari pengelolaan kawasan hutan yang adil, berkelanjutan, dan berorientasi pada manusia.

IV. PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat adat di kawasan hutan daerah Terdepan, Terluar, dan Tertinggal (3T) merupakan kewajiban konstitusional negara yang ditegaskan kembali

²²Sopaheluwakan WRI, Fatem SM, Kutaneegara PM, Maryudi A. Desentralisasi selama dua dekade dan pengakuan hak hutan adat: Studi kasus kebijakan otonomi khusus di Papua Barat, Indonesia. **Jurnal: Forest Policy and Economics** 151, (2023) :1-13, Elsevier DOI: <https://doi.org/10.1016/j.forpol.2023.102951>

²³R. R. Hutabarat, "Penegakan Hukum Kehutanan dalam Undang-Undang No. 18 Tahun 2013 Ditinjau dari Perspektif Keadilan Masyarakat Hukum Adat." Jurnal UNTAR, 16 No. 2 (2018):305-321, Link halaman / PDF: <https://journal.untar.ac.id/index.php/hukum/article/view/4531>

dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Namun, hasil kajian ini menunjukkan bahwa pemenuhan kewajiban tersebut masih menghadapi hambatan struktural akibat belum terharmonisasinya kebijakan kesehatan dengan rezim hukum kehutanan. Status kawasan hutan yang dikelola secara ketat sering kali membatasi pembangunan fasilitas kesehatan dan infrastruktur pendukung, sehingga berdampak langsung pada keterbatasan akses layanan kesehatan masyarakat adat. Secara normatif, Undang-Undang Kesehatan No. 17 tahun 2023 telah memberikan dasar hukum yang kuat untuk pendekatan afirmatif pelayanan kesehatan di daerah 3T, termasuk wilayah dengan hambatan geografis dan sosial. Akan tetapi, secara empiris, implementasi norma tersebut belum sepenuhnya terwujud karena hukum kehutanan masih dipraktikkan secara sektoral dan administratif. Ketidaksinkronan ini menimbulkan ketegangan antara perlindungan lingkungan dan pemenuhan hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia. Oleh karena itu, hukum kehutanan tidak dapat lagi diposisikan semata-mata sebagai instrumen konservasi, melainkan harus dipahami sebagai bagian dari kerangka pemenuhan hak dasar warga negara. Tanpa integrasi kebijakan lintas sektor, khususnya antara sektor kehutanan dan kesehatan, masyarakat adat di kawasan hutan daerah 3T akan terus mengalami ketimpangan pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan prinsip keadilan sosial dan nondiskriminasi.

4.2 Saran

Harmonisasi Regulasi, Pemerintah perlu melakukan harmonisasi antara Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Kehutanan melalui peraturan pelaksana lintas sektor yang secara eksplisit mengakomodasi pembangunan fasilitas kesehatan di kawasan hutan daerah 3T, dengan **Pendekatan Afirmatif Daerah 3T** Negara wajib menerapkan kebijakan afirmatif dalam pelayanan kesehatan masyarakat adat, termasuk pengecualian terbatas pemanfaatan kawasan hutan untuk fasilitas kesehatan dasar dan rujukan tanpa mengorbankan prinsip perlindungan lingkungan. **Penyederhanaan Perizinan,** Mekanisme perizinan pembangunan fasilitas kesehatan di kawasan hutan harus disederhanakan dan dipercepat dengan skema koordinasi antara sektor kehutanan, kesehatan, dan pemerintah daerah. **Pengakuan Wilayah Adat** Penguatan pengakuan wilayah adat dalam kebijakan kehutanan akan memberikan kepastian hukum bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan berbasis komunitas adat yang sesuai dengan kebutuhan lokal. **Integrasi Pendekatan HAM.** Setiap kebijakan kehutanan wajib disertai analisis dampak terhadap hak atas kesehatan masyarakat, khususnya bagi kelompok rentan di daerah 3T, sebagai bentuk pemenuhan kewajiban negara dalam perspektif HAM.

DAFTAR PUSTAKA

- Addrian Bedner, Arizona Y, 2019, Adat dalam Hukum Tanah Indonesia, Janji untuk masa depan atau jalan buntu. *Jurnal Antropologi ASIA Pasifik*. Vol. 20 No. (5).
- Bappenas RI. 2022, Pembangunan daerah tertinggal dan 3T. Jakarta.
- FAO. 2022, Forests, health and livelihoods. Rome: FAO.
- Kementerian Kesehatan RI. 2023, Peta jalan transformasi sistem kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI.
- KLHK. 2024, Statistik kehutanan Indonesia 2023. Jakarta: Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan.
- Madani Insight – Menakar Perkembangan RUU Masyarakat Hukum Adat*. PDF; 2021. Available from: https://madaniberkelanjutan.id/wp-content/uploads/2022/07/Madani-Insight-Menakar-Perkembangan-RUU-Masyarakat-Hukum-Adat-Juni-2021_compressed.pdf
- Nurjaya IN. Proses Pemiskinan di Sektor Hutan dan Sumber Daya Alam: Perspektif Politik Hukum. Jakara: KIKIS/KPSHK/AusAID; 2000., hal 67
- OECD. 2021, Delivering Quality Education and Health Care to All: Preparing Regions for Demographic Change. Paris: OECD Publishing; 2021. DOI: 10.1787/83025c02-en. Available from: <https://doi.org/10.1787/83025c02-en>
- Rahman RA, Nugraheni MA. 2023, Ketimpangan Akses Pelayanan Kesehatan di Wilayah Terpencil Indonesia: Studi Kasus di Daerah 3T. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (JKMN)*. Vol.18 No (2) hal. 87–98. URL (PDF): <https://ejournal.kemkes.go.id/index.php/jkmn/article/view/5000>
- R. Hutabarat. 2018, “Penegakan Hukum Kehutanan dalam Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2013 Ditinjau dari Perspektif Keadilan Masyarakat Hukum Adat.” *Jurnal UNTAR*, Vol. 16 No. 2 Link halaman / PDF: <https://journal.untar.ac.id/index.php/hukum/article/view/4531>
- Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Lembaran Negara RI Tahun 2023.
- Safitri M. 2022, Hutan, negara, dan masyarakat adat. Jakarta: Epistema Institute.
- Safitri M, Plurisme hukum dan pengakuan masyarakat adat dalam kebijakan kehutanan, *Jurnal Hukum Lingkungan Indonesia*, Vol. 7 No.
- Sopaheluwakan WRI, Fatem SM, Kutanegara PM, Maryudi A. 2023, Desentralisasi selama dua dekade dan pengakuan hak hutan adat: Studi kasus kebijakan otonomi khusus di Papua Barat, Indonesia. *Forest Policy and Economics*. Vol. 15 No. 1, DOI: 10.1016/j.forpol.2023.102951.
- UNDP. 2024, *Indonesia SDG Push Framework: Unlocking New Pathways to SDG Acceleration*. New York: United Nations Development Programme, Available from: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-05/undp_sdg_push_indonesia.pdf
- World Health Organization. 2023, The right to health. Geneva: WHO.

Yamin AE.2024, *Human rights and the future of global health*. Jurnal Health Human Rights. Vol. 24 No. 2, hal. 23-36.