Infokes : Info Kesehatan P-ISSN : 2087-877X, E-ISSN : 2655-2213

Vol. 9, No 2, Juli 2019

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN AKSES LAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT ADAT

DI KABUPATEN JAYAPURA

PROVINSI PAPUA

TAHUN 2018

 Husnul Khatimah1, Sinta Sundari2, Candra Candra 3

1,2,3Program Studi D3 Keperawatan, Stikes Al Islam Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta

email: ima.chan29@gmail.com**1 ,** chandra\_laskar@yahoo.com**2**

**ABSTRAK**

Mengakses pelayanan kesehatan dasar jauh lebih kompleks daripada sekedar mencari layanan dalam atau dekat dengan masyarakat adat. Beberapa studi menunjukkan bahwa kesehatan masyarakat adat secara substansial lebih miskin dibandingkan dengan populasi umum, dengan tingkat penyakit dan mortalitas lebih tinggi daripada populasi umum. Untuk itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan masyarakat adat Kabupaten Jayapura. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode *cross sectional survey.S*ampel penelitian ini adalah masyarakat adat di kabupaten Jayapura berjumlah 141 orang. Analisis data menggunakan software Stata 12. Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara jarak tempuh, status *parenthood*, transportasi, zona geografis dengan akses layanan kesehatan masyarakat adat dimana *p value* < 0,005. Sedangkan waktu tempuh, pendapatan tidak terdapat hubungan dengan akses layanan kesehatan masyarakat adat dimana *p value* > 0,005. Waktu tempuh yang lama dapat menghambat aksesibilitas ke fasilitas kesehatan sehingga menurunkan tingkat utilisasi puskesmas. Ketersediaan alat transportasi menjadi hambatan aksesibilitas ke fasilitas layanan kesehatan. Masyarakat adat yang berdomisili di kota lebih sering menggakses layanan kesehatan dibanding di desa. Kesimpulan: Akses layanan kesehatan masyarakat adat di Kabupaten Jayapura masih belum memadai.

**Kata Kunci**: akses, layanan kesehatan, masyarakat adat

**Factors related to access to health services for Indigenous peoples in Jayapura Regency, Province of Papua in 2018**

***ABSTRACT***

Accessing basic health services is far more complex than simply seeking services in or close to indigenous peoples. Several studies show that the health of indigenous peoples is substantially poorer than the general population, with higher rates of disease and mortality than the general population. For this reason, this aims to is to analyze factors of influence the access to health services for the indigenous people of Jayapura Regency. This study use quantitative methods with cross-sectional survey method. Samples were indigenous peoples in Jayapura Regency totaling 141 people. Data analysis using Stata 12 software. The results of the analysis show that there is a relationship between distance, parenthood, transportation, geographical zone and access to indigenous health services where p value is <0.005. While travel time, income does not have a relationship with access to indigenous health services where p value> 0.005. Long travel times can hamper accessibility to health facilities, thereby reducing the utilization rate of puskesmas. Availability of transportation equipment is an obstacle to accessibility to health care facilities. Indigenous people domiciled in cities more often access health services than in villages. Conclusion: Access to health services for indigenous people in Jayapura Regency is still inadequate.

***Keywords:*** *Access, Indigenous people, Basic Health Servic*

## PENDAHULUAN

Mengakses pelayanan kesehatan dasar jauh lebih kompleks daripada sekedar mencari layanan dalam atau dekat dengan masyarakat adat. Lebih dari 80% dari masyarakat adat di dunia tinggal di Asia, Amerika Latin, dan Afrika, namun sedikit yang diketahui tentang status kesehatan mereka atau akses ke pelayanan kesehatan. Di negara maju, masyarakat adat telah diidentifikasi sebagai populasi terpinggirkan karena mereka terus mengalami status kesehatan yang lebih rendah dan masalah status sosial-ekonomi, tingginya tingkat penyakit kronis, mortalitas dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya (Baba et al, 2014). Di Australia, jumlah kematian masyarakat adat akibat penyakit kardiovaskular adalah 1,5 kali dari masyarakat umum (Whitehead et al., 2016), sedangkan pada tahun 2016 di Kamboja, angka kematian masyarakat adat rata-rata 187 per 1000 (Anderson et al., 2016).

Masyarakat adat sering terkendala mengakses layanan kesehatan karena berbagai hambatan termasuk tingginya biaya perawatan kesehatan, pengalaman diskriminasi dan rasisme serta komunikasi yang buruk dengan petugas kesehatan. Masyarakat adat perlu penjelasan panjang dan melelahkan tentang penyebab penyakit mereka, bagaimana obat-obatan bekerja, dan mengapa mereka harus melakukanya sesuai dengan petunjuk klinis yang telah diberikan (Browne et al., 2016). Banyak penyedia layanan kesehatan tidak menyadari kebutuhan ini atau tidak menghargai pentingnya mereka.

Masyarakat adat sering mengalami kesulitan memahami bahasa dari masyarakat yang dominan. Penyedia layanan kesehatan sering gagal memahami hal ini (Stephens et al, 2005). Kemampuan layanan untuk mengakomodasi kebutuhan sosial dan budaya masyarakat adat, penyediaan pelayanan kesehatan yang ramah sering tidak dipertimbangkan dalam penyediaan layanan kesehatan (Haynes et al, 2014).

Masalah aksesibilitas masyarakat adat terhadap pelayanan kesehatan menjadi persoalan serius yang belum terselesaikan. Aksesibilitas yang dimaksud mencakup akses fasilitas kesehatan, akses biaya kesehatan, dan akses informasi terkait kesehatan (Ensor & Cooper, 2004). Selain itu, menurut Prasetyo, ada biaya akses lainnya yang harus dipenuhi yaitu transportasi, penginapan, dan makanan termasuk *opportunity cost*. Karakteristik masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan menurut Prasetyo bukan hanya diukur dari besaran penghasilan saja, melainkan juga diukur dari jarak tempuh ke pelayanan kesehatan, akses informasi terkait kesehatan, tingkat pendidikan dan rutinitas yang padat.

Strategi peningkatan akses layanan kesehatan tergambar melalui peningkatan ketersediaan fasilitas layanan kesehatan dasar. Fasilitas layanan kesehatan puskesmas pada tahun 2009 sebanyak 8.737, mengalami peningkatan jumlah 9.754 pada tahun 2015. Peningkatan jumlah puskesmas tidak mengindikasikan secara langung seberapa baik keberadaan puskesmas mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan primer di masyarakat dan berbanding terbalik dengan derajat dan status kesehatan antar wilayah di indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Perkembangan derajat kesehatan penduduk di wilayah Provinsi Papua menunjukkan perbaikan. Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI), kondisi angka kematian balita (AKB) di provinsi papua menunjukkan perbaikan dalam lima tahun (2005-2010), persentase angka kematian bayi pada tahun 2005 (33,90%) mengalami penurunan menjadi 28,8% pada tahun 2010. Namun jika dibandingkan dengan presentase rata-rata nasional AKB (25,5%), Papua masih relatif tinggi (Bappenas RI, 2012).

 Kesenjangan status kesehatan di Provinsi Papua dengan wilayah lain di Indonesia terjadi karena masyarakat tidak mempunyai kesempatan yang sama untuk mengakses fasilitas kesehatan. Hal tersebut disebabkan karena kondisi geografis yang sulit dijangkau, sehingga masyarakat tidak dapat mengakses fasilitas layanan kesehatan disaat mereka membutuhkannya (Jacobs et al, 2012).

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik meneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan akses layanan kesehatan masyarakat adat di Kabupaten Jayapura.

**METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu pendekatan yang mempelajari dinamika korelasi

antara faktor-faktor dan efek, observasi atau pengumpulan data sekaligus (*point time approch*). Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan *Purposive Sampling*. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Jayapura dengan besaran sampel 143 responden. Responden berada di wilayah kerja Puskesmas Harapan Baru dan Puskesmas Sentani yang mewakili wilayah desa dan perkotaan di Kabupaten Jayapura. Pengumpulan data dilakukan mulai Juni-Juli 2018. Setelah data dikumpulkan kemudian diolah dan disajikan dalam bentuk tabulasi distribusi frekuensi, dan dipresentasikan. Pengolahan dan analisis data menggunakan STATA versi 12

**HASIL**

1. **Karakteristik Responden**

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian Akses Layanan Kesehatan Masyarakat Adat di Kabupeten Jayapura Tahun 2018

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Variabel | n | % |
| Akses LayananYa TidakJenis KelaminPerempuanLaki-lakiPendidikanTinggi RendahWaktu Tempuh≤30 Menit≥ 30 MenitJarak Tempuh≤ 2 Km≥ 2 KmPendapatanTinggi RendahStatus ParenthoodMemiliki AnakTidak Memiliki AnakTransportasiPribadiUmumZona GeografisKotaDesa | 114 299548431008558796484591093559847568 | 79,7220,2866,4333,5739,0796,9359,4440,5655,2444,7658,7441,2675,7224,4841,2658,2452,4547,55 |

Analisis univariat mendeskripsikan distribusi frekuensi untuk semua variabel penelitian yang terdiri dari akses layanan, jenis kelamin, pendidikan, waktu tempuh, jarak tempuh, pendapatan, status parenthood, transportasi, dan lokasi geografis.

 Tabel 1 menunjukkan bahwa akses layanan kesehatan di Kabupaten Jayapura mencapai angka 79,72% dan tidak mengakses layanan kesehatan sebanyak 20,28%. Responden berjenis kelamin perempuan terdapat sebanyak 66,43% dibanding laki-laki sebanyak 33,57%, responden yang berpendidikan tinggi terdapat sebanyak 30,07% dibanding berpendidikan rendah sebanyak 69,93%, waktu tempuh responden ke fasilitas kesehatan kurang dari atau sama dengan 30 menit sebanyak 59,44% dibanding waktu tempuh diatas 30 menit sebanyak 40,56%, jarak tempat tinggal responden dengan fasilitas kesehatan kurang dari atau sama dengan dua kilometer terdapat sebanyak 55,42% dibanding jarak diatas 2 kilometer, responden yang memiliki anak terdapat sebanyak 75% dibanding tidak memiliki anak sebanyak 24,48%, responden yang menggunakan kendaran pribadi dalammengakses fasilitas kesehatan terdapat sebanyak 41,26% dibanding menggunakan kendaraan umum sebanyak 58,74%. Selain itu, responden yang tinggal di perkotaan terdapat sebanyak 52,45% dibanding tinggal di Desa sebanyak 47,55.

1. **Faktor yang Berhubungan dengan Akses Layanan Kesehatan Masyarakat Adat**

Dalam analisis tabulasi silang dilakukan uji *chi-square* ($X^{2}) $dengan menyesuaikan data yang ada yaitu data kategorik. Hubungan antara variabel dependen dan variabel independen dianggap bermakna jika nilai p<0,05 dengan *confident interval* 95%.

Tabel 2 menunjukkan analisis bivariat variabel jenis kelamin dengan akses layanan kesehatan menunjukkan *p value* = 0,0118 dan OR = 0,25 yang berarti bahwa terdapat hubungan secara statistik antara jenis kelamin dengan akses layanan kesehatan dimana responden berjenis kelamin perempuan lebih sering sering mengakses layanan kesehatan dibanding laki-laki.

|  |
| --- |
| Tabel 2. Analisis Bivariat Akses Layanan Kesehatan dengan Variabel Penelitian di Kabupaten Jayapura tahun 2018 |
| Variabel | N | Akses Layanan Kesehatan | OR | *p value* | CI 95 % |
| Ya | Tidak |
| N | % | n | % |
| Jenis kelamin |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Perempuan | 95 | 70 | 73,68 | 25 | 26,32 | 1 |  |  |
|  | Laki-laki | 48 | 44 | 91,67 | 4 | 8,33 | 0,25 | 0,0118 | 0,08-0,89 |
| Pendidikan |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tinggi | 43 | 39 | 90,7 | 4 | 9,3 | 1 |  |  |
|  | Rendah | 100 | 75 | 75,0 | 25 | 25,0 | 3,25 | 0,0329 | 1,03-10,23 |
| Waktu Tempuh |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ≤ 30 menit | 85 | 62 | 72,94 | 23 | 27,06 | 1 |  |  |
|  | > 30 menit | 58 | 52 | 89,66 | 6 | 10,34 | 0,31 | 0,150 | 0,15-0,85 |
| Jarak Tempuh |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ≤ 2 km | 79 | 57 | 72,15 | 22 | 27,85 | 1 |  |  |
|  | > 2 km | 64 | 57 | 89,06 | 7 | 10,94 | 0,32 | 0,0127 | 0,12-0,82 |
| Pendapatan |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tinggi | 84 | 63 | 75 | 21 | 25 | 1 |  |  |
|  | Rendah | 59 | 51 | 86,44 | 8 | 13,56 | 0,47 | 0,0951 | 0,19-1,16 |
| Status parenthood |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Memiliki anak | 108 | 82 | 75,93 | 26 | 24,07 | 1 |  |  |
|  | Tidak memiliki anak | 35 | 32 | 91,43 | 3 | 8,57 | 0,29 | 0,0482 | 0,08-1,07 |
| Tranportasi |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pribadi | 59 | 42 | 71,19 | 17 | 28,81 | 1 |  |  |
|  | Umum | 84 | 72 | 85,71 | 12 | 14,29 | 0,41 | 0,034 | 0,18-0,96 |
| Zona Geografis |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kota | 75 | 55 | 73,33 | 20 | 26,67 | 1 |  |  |
|   | Desa | 68 | 59 | 86,76 | 9 | 13,24 | 0,41 | 0,0468 | 0,17-1,02 |

Sumber: Data Primer, 2018

Analisis bivariat variabel pendidikan dengan akses layanan kesehatan menunjukkan *p value* = 0,0329 dan OR = 3,25 yang berarti bahwa terdapat hubungan secara statistik antara pendidikan tdengan akses layanan kesehatan dimana responden yang berpendidikan rendah lebih sering mengakses layanan kesehatan dibanding responden yang berpendidikan tinggi.

Analisis bivariat variabel waktu tempuh dengan akses layanan kesehatan menunjukkan *p value* = 0,1509 dan OR = 0,31 yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan secara statistik antara waktu tempuh dengan akses layanan kesehatan dimana waktu tempuh fasilitas kesehatan kurang dari atau sama dengan 30 menit lebiH sering mengakses layanan kesehatan dibanding waktu tempuh diatas 30 menit.

Analisis bivariat antara variable jarak tempuh dengan akses layanan kesehatan menunjukkan *p value* = 0,0127 dengan OR = 0,32 yang berarti bahwa terdapat hubungan yang

bermakna secara statistik antara jarak tempuh dengan akses layanan kesehatan dimana jarak tempuh kurang dari atau sama dengan dua kilomter lebih sering mengakses layanan kesehatan dibanding jarak tempuh. Analisis bivariat antara variable pendapatan dengan akses layanan kesehatan menunjukkan *p value* = 0,0951 dengan OR = 0,47 yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara pendapatan dengan akses layanan kesehatan dimana responden berpendapatan tinggi lebih sering mengakses layanan kesehatan dibanding responden berpendapatan rendah.

Analisis bivariat antara variable status parenthood dengan akses layanan kesehatan menunjukkan *p value* = 0,0482 dengan OR = 0,29 yang berarti bahwa terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara status parenthood dengan akses layanan kesehatan dimana responden yang memiliki anak lebih sering mengakses layanan kesehatan dibanding tidak memiliki anak.

Analisis bivariat antara variable transportasi dengan akses layanan kesehatan menunjukkan *p value* = 0,0341 dengan OR = 0,41 yang berarti bahwa terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara transportasi dengan akses layanan kesehatan dimana responden yang menggunakan kendaraan pribadi sering mengakses layanan kesehatan dibanding menggunakan kendaraan umum. Analisis bivariat antara variable zona geografis dengan akses layanan kesehatan menunjukkan *p value* = 0,0468 dengan OR = 0,41 yang berarti bahwa terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara zona geografis dengan akses layanan kesehatan dimana responden yang tinggal di kota lebih sering mengakses layanan kesehatan dibanding responden yang tinggal di desa.

1. **Faktor Yang Bepengaruh Terhadap Akses Layanan Kesehatan Masyarakat Adat**

Analisis multivariat dilakukan untuk menilai pengaruh variabel independen yang terbukti secara uji bivariat berhubungan dengan akses layanan kesehatan. Variabel tersebut meliputi jenis kelamin, waktu tempuh, jarak tempuh, status parenthood, transportasi, dan lokasi geografis. Uji analisis dilakukan menggunakan analisis regresi logistik

dimana responden yang tinggal di kota lebih sering mengakses layanan kesehatan dibanding responden yang tinggal di desa.

Tabel 3. Analisis Regresi Logistik Akses Layanan Kesehatan dengan Kesehatan Variabel Penelitian Kabupaten Jayapura Tahun 2018

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Variabel | OR | *p value* | CI 95 % |
| Jenis KelaminPerempuanLaki-lakiWaktu Tempuh≤ 30 menit> 30 menitJarak Tempuh≤ 2 km> 2 kmStatus parenthoodMemiliki anakTidak memiliki anakTranportasiPribadiUmumZona GeografisKota Desa | 10,4110,6910,7411,4110,6810,54 | 0,2630,7660,8020,7290,4580,726 | 0,09-1,960,65-7,480,69-7,830,19-10,700,24-1,890,27-2,49 |

Sumber: Data Primer 2018

Tabel 3 menunjukkan bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan dimana jenis kelamin perempuan lebih sering mengakses layanan kesehatan dibanding jenis kelamin laki-laki. Waktu tempuh berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan dimana waktu tempuh fasilitas kesehatan kurang dari atau sama dengan 30 menit lebih sering di akses dibanding waktu tempuh fasilitas kesehatan lebih dari 30 menit. Jarak tempuh berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan dimana jarak tempuh fasilitas kesehatan kurang dari atau sama dengan 2 kilometer lebih sering di akses dibanding jarak tempuh fasilitas kesehatan lebih dari 2 kilometer.

Status parenthood berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan dimana responden yang memiliki anak lebih sering mengakses layanan kesehatan dibanding tidak memiiki anak. Transportasi berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan dimana responden yang memiliki kendaraan pribadi lebih sering mengakses layanan kesehatan dibanding tidak memiiki kendaraan pribadi atau menggunakan kendaraan umum. Selain itu, zona geografis juga berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan dimana penduduk yang tinggal di kota lebih sering mengakses layanan kesehatan dibanding penduduk yang tinggal di desa.

**PEMBAHASAN**

Hasil temuan dalam penelitian ini menujukkan bahwa waktu tempuh yang lama menghambat aksesibilitas ke fasilitas kesehatan. Waktu tempuh menuju Puskesmas lebih dari 30 menit menurunkan tingkat utilisasi puskesmas. Ketersediaan alat transportasi menjadi hambatan aksesibilitas ke fasilitas layanan kesehatan. Tinggal dikota meningkatan aksesibilitas fasilitas layanan kesehatan dibandingkan di desa.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa secara bermakna waktu tempuh mempunyai pengaruh dengan akses ke fasilitas kesehatan dimana waktu tempuh fasilitas kesehatan kurang dari atau sama dengan 30 menit lebih sering di akses dibanding waktu tempuh fasilitas kesehatan lebih dari 30 menit. Penelitian ini didukung oleh Karkee et al, (2013) yang menyatakan bahwa waktu tempuh lebih dari 60 menit hanya mempunyai kunjungan ke fasilitas kesehatan sebesar 8,8% dibandingkan waktu tempuh yang kurang dari 30 menit memanfaatkan fasilitas kesehatan sebesar 64,94%.

Analisis bivariabel menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antar moda transportasi dengan akses fasilitas kesehatan. Transportasi menjadi salah satu hambatan bagi masyarakat dalam menjangkau fasilitas kesehatan. Hasil analisi multivariat menunjukkan bahwa responden yang memiliki kendaraan bermotor pribadi lebih mungkin memanfaatkan fasilitas kesehatan dibandingkan dengan yang tidak memiliki kendaraan. Penelitian ini sejalan dengan Arcury et al (2004) menunjukkan bahwa responden yang memiliki teman atau keluarga dapat menyediakan alat transportasi, mempunyai kesempatan lebih baik dalam mengakses fasilitas kesehatan. Hal ini disebabkan karena waktu menunggu sarana transportasi umum tidak menentu.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan signifikan secara statistik antara lokasi tempat tinggal dengan akses fasilitas kesehatan. Penelitian ini senada dengan Susanto et al (2015) menyatakan bahwa masyarakat adat yang tinggal diperkotaan memiliki tingkat akses ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi dibanding di desa.

**KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian untuk membuktikan tujuan dari penelitian, maka dapat disimpulkan bahwa Akses layanan kesehatan masyarakat adat di Kabupaten Jayapura masih belum memadai

Fasilitas kesehatan dengan waktu tempuh kurang dari atau sama dengan tiga puluh menit lebih sering diakses oleh masyarakat adat dibanding diatas tiga puluh menit. Masyarakat adat yang memiliki anak berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan. Masyarakat adat yang memiliki kendaraan pribadi lebih sering mengakses layanan kesehatan dibanding yang tidak memiliki atau menggunakan transportasi umum. Masyarakat adat yang tinggal di kota lebih sering menggakses layanan kesehatan dibanding di desa.

**UCAPAN TERIMA KASIH**:

Penelitian ini di biayai oleh Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat, Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Sesuai dengan Kontrak Nomor : 109/SP2H/LT/DRPM/2018

**DAFTAR PUSTAKA**

Anderson, I., Robson, B., Connolly, M., Al-Yaman, F., Bjertness, E., King, A., … Yap, L. (2016). Indigenous and tribal peoples’ health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*, *388*(10040),131–157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736%2816%2900345-7)

Baba, J. T., Brolan, C. E., & Hill, P. S. (2014). Aboriginal medical services cure more than illness: a qualitative study of how Indigenous services address the health impacts of discrimination in Brisbane communities. *International Journal for Equity in Health*, *13*(1), 56. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-56>

Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., … Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 544. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9>

Davy, C., Harfield, S., Mcarthur, A., Munn, Z., & Brown, A. (2016). Access to primary health care services for Indigenous peoples : A framework synthesis. *International Journal for Equity in Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0450-5>

Ensor, T., & Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: Influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, *19*(2), 69–79. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh009>

Hayman, N. (2010). Strategies to Improve Indigenous Access for Urban and Regional Populations to Health Services. *Heart Lung and Circulation*, *19*(5–6), 367–371. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2010.02.014>

Haynes, E., Taylor, K. P., Durey, A., Bessarab, D., & Thompson, S. C. (2014). Examining the potential contribution of social theory to developing and supporting Australian Indigenous-mainstream health service partnerships, 1–13.

Jacobs, B., Ir, P., Bigdeli, M., Annear, P. L., & Van Damme, W. (2012). Addressing access barriers to health services: An analytical framework for selectingappropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy and Planning*, *27*(4), 288–300. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr038>

Kinchin, I., Jacups, S., Tsey, K., & Lines, K. (2015). An empowerment intervention for Indigenous communities : an outcome assessment. *BMC Psychology*, 1–5. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0086-z>

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Muller, I. (1998). The effect of distance from home on attendance at a small rural health centre in Papua New Guinea, *27*(5), 878–884. <https://doi.org/10.1093/ije/27.5.878>

Reeve, C., & Humphreys, J. (2015). Strengthening primary health care: achieving health gains in a remote region of Australia, *202*(May), 483–488. <https://doi.org/10.5694/mja14.00894>

Stephens C Porter J, Willis R, Clark S, N. C. (2005). Indigenous people’s health-why are they behind everyone, everywhere? *The Lancet*, *366*, 10–13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66801-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736%2805%2966801-8)

Whitehead, M., Pennington, A., Orton, L., Nayak, S., Petticrew, M., Sowden, A., & White, M. (2016). How could differences in “control over destiny” lead to socio-economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment. *Health and Place*, *39*, 51-61