

## Komunikasi *Peer-to-Peer* Berbasis Komunitas dalam Penanggulangan HIV/AIDS pada Kelompok Berisiko Tinggi

Rumyeni<sup>1\*</sup>, Noor Efni<sup>2</sup>, Ringgo Eldapi Yozani<sup>3</sup>, Arina Himatul Husna<sup>4</sup>, Denisa Nurmalia<sup>5</sup>

<sup>1,2,3,4,5</sup>Jurusan Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Riau

### ABSTRAK

HIV/AIDS masih menjadi tantangan kesehatan global dimana Indonesia menempati peringkat ke-14 dunia dalam jumlah Orang Dengan HIV (ODHIV). Pendekatan komunikasi kesehatan konvensional yang bersifat *top-down* terbukti kurang efektif menjangkau kelompok berisiko tinggi seperti Pekerja Seks Perempuan (PSP) dan Lelaki Seks Lelaki (LSL). Komunikasi *peer-to-peer* merupakan strategi penting dalam penanggulangan HIV/AIDS pada kelompok berisiko tinggi dimana terdapat kedekatan emosional dan kepercayaan di antara sesama anggota komunitas. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi jaringan komunikasi, pengalaman komunikasi, serta kebutuhan dan preferensi komunikasi *peer-to-peer* pada kelompok berisiko tinggi di Kota Pekanbaru. Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *Community-Based Participatory Research* (CBPR). Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan 4 orang informan dari kelompok berisiko tinggi, dan 5 orang stakeholder melalui FGD. Penelitian dilakukan di Kota Pekanbaru selama bulan Agustus-Oktober 2025. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jaringan komunikasi pada PSP bersifat personal-individual dengan struktur berpusat pada mami atau mucikari, sementara LSL membentuk jaringan berbasis virtual-komunal dengan figur "ayam" sebagai koordinator. Pengalaman komunikasi *peer-to-peer* menciptakan hubungan *non-judgmental*, meskipun terdapat tantangan privasi dan *conflict of interest*. Kebutuhan komunikasi mencakup pendekatan bertahap, sensitivitas konteks, dan dukungan berkelanjutan.

**Kata-kata Kunci:** Komunikasi *peer-to-peer*; HIV/AIDS; PSP; LSL; CBPR.

## *Peer-to-Peer Community-Based Communication in HIV/AIDS Prevention among High-Risk Groups*

### ABSTRACT

HIV/AIDS remains a global health challenge where Indonesia ranks 14th in the world in the number of People Living with HIV (PLHIV). Conventional top-down health communication approaches have proven ineffective in reaching high-risk groups such as Female Sex Workers (FSW) and Men who have Sex with Men (MSM). Peer-to-peer communication is an important strategy in HIV/AIDS prevention among high-risk groups where there are emotional closeness and trust among community members. This study aims to identify communication networks, communication experiences, and communication needs and preferences for peer-to-peer communication among high-risk groups in Pekanbaru City. The study used qualitative methods with a Community-Based Participatory Research (CBPR) approach. Data were collected through in-depth interviews with 4 informants from high-risk groups, and 5 stakeholders through FGD. The research was conducted in Pekanbaru City during August-October 2025. The research findings show that communication networks among FSW are personal-individual in nature with a structure centered on madams or pimps, while MSM form virtual-communal networks with "mother hen" figures as coordinators. Peer-to-peer communication experiences create non-judgmental relationships, despite challenges related to privacy and conflict of interest. Communication needs include gradual approaches, contextual sensitivity, and continuous support.

**Keywords:** *peer-to-peer communication; HIV/AIDS; female sex workers; men who have sex with men; CBPR*

\*Korespondensi: Rumyeni. Jurusan Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Riau. Jl. HR. Subrantas KM 12,5 Pekanbaru - Riau Kode Pos 28293. Email: rumyeni@lecturer.unri.ac.id

## PENDAHULUAN

HIV/AIDS masih menjadi tantangan kesehatan global yang signifikan, dimana Indonesia menempati peringkat ke-14 dunia dalam jumlah Orang Dengan HIV (ODHIV) dan peringkat ke-9 untuk infeksi baru (Kemenkes, 2025). HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) dan AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah dua istilah yang memiliki pengertian berbeda. HIV adalah virus yang merusak sistem imun tubuh manusia dengan cara menyerang sel CD4 secara khusus, yaitu sel yang berfungsi sebagai pertahanan utama tubuh terhadap berbagai infeksi. Sementara itu, AIDS merupakan sekumpulan kondisi atau gejala yang timbul pada fase lanjut dari infeksi HIV yang sudah mencapai tingkat keparahan tinggi (Wutun et al., 2023).

Kota Pekanbaru mengalami peningkatan kasus HIV dalam tahun 2024. Berdasarkan data, tercatat sebanyak 434 kasus HIV dari Januari hingga Oktober 2024, mengalami kenaikan dibandingkan periode yang sama pada tahun 2023 yang mencatat 408 kasus (Adha, 2024). Upaya penanggulangan difokuskan pada kelompok dengan risiko tinggi, terutama Pekerja Seks Perempuan (PSP) dan Lelaki Seks Lelaki (LSL). Kedua kelompok ini menjadi prioritas mengingat tingginya angka prevalensi dan adanya tantangan yang kompleks dalam penyampaian informasi kesehatan kepada mereka.

Pendekatan komunikasi kesehatan konvensional yang selama ini diterapkan bersifat *top-down* dan satu arah terbukti kurang efektif dalam menjangkau populasi marginal seperti PSP dan LSL. Hambatan struktural seperti stigma, diskriminasi, dan keterbatasan akses informasi memperparah situasi (Arifin et al., 2022; Fauk et al., 2021). Dalam konteks ini, komunikasi *peer-to-peer* atau komunikasi kesehayaan menjadi alternatif yang dinilai lebih efektif karena memanfaatkan kedekatan emosional, pemahaman konteks sosio-kultural, dan kepercayaan yang terbangun di antara sesama anggota komunitas.

Bukti empiris menunjukkan efektivitas pendekatan *peer-to-peer* dalam pencegahan HIV. Penelitian pada populasi LSL di China membuktikan bahwa strategi komunikasi partisipatif berbasis *peer* secara signifikan meningkatkan penggunaan kondom pada kelompok intervensi (Gao & Wang, 2007). Temuan ini didukung oleh penelitian lain di Vietnam, yang menunjukkan bahwa komunikasi partisipatif berbasis komunitas terbukti meningkatkan pengetahuan pencegahan HIV dan penggunaan kondom pada kelompok minoritas etnis (Nguyen et al., 2012). Lebih lanjut sebuah studi yang dilakukan di kalangan pemuda di pedesaan KwaZulu-Natal, Afrika Selatan menemukan bahwa pendekatan *peer-to-peer* dapat diterima dan dihargai oleh kaum muda. Peserta merasa nyaman berbagi masalah kesehatan seksual yang tidak akan mereka bagikan dengan orang dewasa (Adeagbo et al., 2022). Di Indonesia, khususnya Bandung, intervensi komunikasi kesehatan berbasis komunitas menunjukkan efektifitas biaya yang lebih baik dibanding pendekatan konvensional (De Bresser et al., 2019). Proses pengembangan dan penyebaran pesan tentang pencegahan dan pengobatan HIV memerlukan pendekatan partisipatif yang berkelanjutan untuk melibatkan komunitas yang terdampak HIV (Taggart et al., 2021).

Meskipun telah banyak penelitian tentang komunikasi *peer-to-peer* dalam konteks HIV/AIDS, pemahaman mendalam tentang bagaimana jaringan komunikasi terbentuk, pengalaman komunikasi yang dialami, serta kebutuhan dan preferensi spesifik pada komunitas PSP dan LSL di konteks lokal Indonesia masih terbatas. Penelitian ini mengisi gap tersebut dengan mengeksplorasi dinamika komunikasi *peer-to-peer* pada kedua kelompok PSP dan LSL di Kota Pekanbaru, dengan tiga tujuan utama: (1) mengidentifikasi jaringan komunikasi dalam penyebaran informasi HIV/AIDS pada teman sebaya; (2) menganalisis

pengalaman komunikasi termasuk dukungan dan pengucilan sosial; dan (3) menganalisis kebutuhan dan preferensi komunikasi untuk mendorong perubahan perilaku.

Dalam Berg et al., (2021) menjelaskan komunikasi kesehatan sebagai proses penyampaian informasi promosi kesehatan, termasuk edukasi dan kampanye kesehatan masyarakat, yang bertujuan memengaruhi pilihan serta tindakan kesehatan individu. Namun, komunikasi kesehatan tidak dapat lagi dipahami sekadar sebagai proses penyampaian pesan satu arah. Model-model yang lebih kontemporer menggambarkan sebagai sebuah proses sosial yang beroperasi pada berbagai tingkatan sosial-ekologis, bukan hanya sebagai pesan tunggal yang diarahkan pada perubahan perilaku individu semata. Lebih lanjut, dukungan sosial dalam proses komunikasi kesehatan berperan penting dalam memperkuat jaringan antarindividu sekaligus mengurangi stigma yang selama ini menjadi penghambat akses terhadap layanan kesehatan (Babalola et al., 2017). Pada level yang lebih luas, komunikasi kesehatan juga turut membentuk layanan, norma sosial, dan kebijakan yang mendukung perilaku hidup sehat (Isyaku, 2024).

Peningkatan jumlah kasus HIV di Kota Pekanbaru menunjukkan bahwa upaya penanggulangan yang telah berjalan belum cukup efektif menekan laju penularan, khususnya pada kelompok PSP dan LSL yang secara karakteristik bersifat tersembunyi dan sulit dijangkau melalui jalur komunikasi kesehatan formal. Pendekatan komunikasi *top-down* yang selama ini banyak digunakan oleh program penanggulangan HIV cenderung memiliki pola serupa dan minim adaptasi dinamika sosial, jaringan pertemanan, serta relasi kepercayaan yang berlaku di internal komunitas PSP dan LSL itu sendiri. Padahal, efektivitas penyampaian informasi kesehatan pada kelompok berisiko tinggi sangat dipengaruhi oleh siapa yang menyampaikan pesan dan bagaimana jaringan komunikasi tersebut terbentuk di lapangan (Taggart et al., 2021). Belum banyak penelitian yang secara spesifik memetakan struktur jaringan komunikasi serta pengalaman komunikasi *peer-to-peer* pada PSP dan LSL di Kota Pekanbaru, sehingga intervensi yang dirancang berisiko tidak tepat sasaran karena minimnya pemahaman terhadap pola komunikasi yang sesungguhnya berlangsung di antara anggota komunitas.

Penelitian ini memberikan dua kontribusi penting. Pertama, secara teoritis, penelitian ini memperkaya pengembangan konseptual komunikasi kesehatan melalui pemahaman mendalam mengenai pola komunikasi kesebayaan (*peer-to-peer*) dalam kelompok berisiko tinggi. Kedua, secara praktis, hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan dalam merancang program penanggulangan HIV/AIDS yang lebih sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik komunitas sasaran.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *Community-Based Participatory Research* (CBPR), yang melibatkan anggota komunitas sebagai mitra aktif dalam seluruh proses penelitian (Rhodes et al., 2020). Pendekatan ini dipilih karena relevan untuk mempelajari cara-cara mencegah morbiditas dan mortalitas pada subkelompok populasi yang terpinggirkan atau terstigma (Coughlin, 2016). Penelitian dilakukan di Kota Pekanbaru, Provinsi Riau, selama periode Agustus hingga Oktober 2025. Pemilihan lokasi didasarkan pada tingginya prevalensi HIV/AIDS di wilayah ini, dengan Kota Pekanbaru menyumbang 58,8% dari total kasus di Provinsi Riau.

Subjek penelitian ditentukan dengan menggunakan teknik *purposive* dengan kriteria: (1) Petugas Lapangan (PL) yang berasal dari komunitas PSP dan LSL yang terlibat dalam

program penanggulangan HIV/AIDS, (2) Penerima manfaat yang telah berinteraksi dengan program minimal 3 bulan, (3) Stakeholder dari Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), Puskesmas, PKBI Provinsi Riau, dan Yayasan Sebaya Lancang Kuning. Total subjek penelitian adalah sebanyak 9 orang. Data dikumpulkan melalui tiga metode: yaitu wawancara mendalam dengan Petugas Lapangan dan penerima manfaat menggunakan panduan wawancara semi-terstruktur, *Focus Group Discussion* (FGD) dengan stakeholder untuk memperoleh perspektif multipihak, dan observasi terhadap praktik komunikasi dan dokumentasi materi KIE yang digunakan. Semua wawancara direkam menggunakan perangkat audio dengan persetujuan informan dan ditranskrip verbatim. Berikut profil dari informan penelitian ini :

**Tabel 1.** Profil Informan Penelitian

| No | Inisial Informan | Asal                                                 | Keterangan                                                                            |
|----|------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | FR               | Dinas Kesehatan kota Pekanbaru                       | Pemegang kebijakan dan pelaksana program penanggulangan HIV/AIDS tingkat kota         |
| 2  | KB               | Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Pekanbaru      | Koordinator lintas sektor dalam penanggulangan HIV/AIDS                               |
| 3  | VO               | Puskesmas Rawat Inap Sidomulyo                       | Penyedia layanan testing, pengobatan, dan rujukan kesehatan bagi ODHIV                |
| 4  | AA               | Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Riau | Pengelola program penjangkauan dan edukasi peer-to-peer bagi kelompok berisiko tinggi |
| 5  | NN               | Yayasan Sebaya Lancang Kuning (YSLK)                 | Pengelola program dukungan psikososial dan pendampingan komunitas                     |
| 6  | MC               | Petugas Lapangan (PL)                                | Komunikator sebaya yang melakukan edukasi dan penjangkauan langsung kepada PSP        |
| 7  | MS               | Petugas Lapangan (PL)                                | Komunikator sebaya yang melakukan edukasi dan penjangkauan langsung kepada LSL/TG     |
| 8  | HY               | Penerima Manfaat / PSP                               | Penerima manfaat program, mewakili populasi kunci dengan risiko penularan HIV tinggi  |
| 9  | LI               | Penerima Manfaat / LSL                               | Penerima manfaat program, mewakili populasi kunci dengan risiko penularan HIV tinggi  |

Data dianalisis menggunakan analisis tematik dengan tahapan: (1) Familiarisasi dengan data melalui pembacaan berulang transkrip, (2) Pengkodean awal untuk mengidentifikasi pola komunikasi, (3) Pencarian tema terkait jaringan komunikasi,

pengalaman komunikasi, dan kebutuhan komunikasi, (4) *Review* dan *refinement* tema, (5) Definisi dan penamaan tema final, dan (6) Penyusunan laporan dengan mengaitkan temuan pada literatur relevan. Keabsahan data dijamin melalui triangulasi sumber dengan membandingkan data dari PL, penerima manfaat, dan stakeholder.

## HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian menemukan bahwa jaringan komunikasi pada komunitas Pekerja Seks Perempuan (PSP) memiliki karakteristik personal individual dengan struktur yang berpusat pada figur mami atau mucikari. Seperti diungkapkan salah satu Petugas Lapangan (PL) :

*"kalau di PSP enggak ada ketua geng, yang ada ya maminya."* (wawancara MC pada 19 November 2025)

Pada PSP, mami berfungsi sebagai *gatekeeper* yang mengontrol akses komunikasi kepada pekerja seks di bawah pengawasannya. Proses penjangkauan awal pada PSP memerlukan strategi pendekatan bertahap. Pendekatan ini dilakukan dengan memposisikan diri sebagai bagian dari lingkungan mereka, menciptakan rasa nyaman sebelum memperkenalkan topik kesehatan.

Jaringan komunikasi PSP bersifat kompetitif karena realitas ekonomi. Hal ini disampaikan oleh salah seorang Petugas Lapangan (PL) yang memahami secara langsung dinamika relasi antarsesama PSP di lapangan.

*"kalau di kalangan PSP misalkan dia bersama dengan temannya, belum tentu mereka benar-benar berteman. Bisa jadi dia merasa bahwa temannya sebagai saingan kerja gitu."* (wawancara MC pada 19 November 2025)

Dinamika kompetisi ini membentuk jaringan komunikasi yang lebih tertutup, dimana informasi tidak mudah tersebar secara horizontal di antara sesama PSP. Komunikasi lebih efektif ketika dimediasi oleh PL yang dipercaya atau melalui jalur vertikal yang dikenal dengan "mami".

Mobilitas tinggi PSP menjadi tantangan dalam mempertahankan jaringan komunikasi. Pola kerja PSP yang cenderung berpindah dari satu tempat ke tempat lain dalam rentang waktu singkat membuat relasi yang telah terbangun dengan PL maupun sesama PSP rentan terputus. Perpindahan ini umumnya didorong oleh pertimbangan ekonomi, di mana PSP cenderung mencari lokasi kerja yang dianggap lebih ramai pengunjung sehingga peluang pendapatan menjadi lebih besar. Kondisi ini turut memengaruhi kestabilan jaringan komunikasi yang terbentuk, karena PL harus terus menyesuaikan diri dengan keberadaan PSP yang dinamis. Seperti dijelaskan salah satu PSP yang mengatakan bahwa.

*"Dalam satu minggu kita bisa 3 kali pindah panti, karna cari yang rame."* (wawancara MS pada 19 November 2025)

Untuk mengatasi ini, PL menerapkan sistem koordinasi wilayah dengan *rolling* tahunan, dimana informasi tentang *hotspot* dan karakteristik PSP di wilayah tertentu dibagikan kepada PL pengganti.

Sementara itu penelitian ini menemukan bahwa jaringan komunikasi pada komunitas Lelaki Seks Lelaki (LSL) menunjukkan pola yang berbeda, dengan karakteristik virtual

komunal. Penjangkauan dimulai melalui media sosial, khususnya aplikasi yang spesifik digunakan komunitas LSL. Pada tahap awal pengembangan strategi penjangkauan melalui media digital, PL memanfaatkan saluran media sosial sebagai sarana untuk memantik ketertarikan calon penerima manfaat terhadap isu HIV/AIDS. Pendekatan ini dilakukan secara tidak langsung, dengan harapan dapat menjaring individu yang penasaran untuk kemudian membuka percakapan lebih lanjut.

*"Awalnya kita bikin brosur gitu. Difotoin terus dijadikan status kaya di Instagram, nanti mana yg penasaran bertanya gitu tentang HIV."* (Wawancara MS pada 19 November 2026)

Komunikasi virtual menjadi pintu masuk penting sebelum pertemuan tatap muka. Berbeda dengan PSP yang dapat dijangkau secara langsung di lokasi kerja, kelompok LSL cenderung membangun kontak awal melalui ruang digital sebagai langkah antisipatif sebelum bersedia bertemu secara fisik. Pendekatan ini memberi ruang bagi LSL untuk menilai tingkat kenyamanan dan kepercayaan terhadap PL sebelum memutuskan untuk membuka identitas lebih jauh. Hal ini ditegaskan oleh pihak PKBI seperti berikut.

*"Jangkauan LSL itu biasanya virtual dulu baru diajak kopdar baru bisa dianggap penjangkauan."* (AA dalam FGD pada 23 Oktober 2026)

Pola ini mencerminkan kebutuhan LSL akan privasi dan kehati-hatian dalam membuka identitas, mengingat stigma sosial yang mereka hadapi.

Dalam jaringan LSL, terdapat figur "induk ayam" yang berfungsi sebagai koordinator informal. Figur ini umumnya merupakan anggota komunitas yang memiliki pengaruh sosial cukup kuat serta dipercaya oleh anggota lainnya, sehingga berperan penting dalam mengatur dinamika kelompok maupun menjadi rujukan informasi bagi sesama anggota. Keberadaan sosok ini menunjukkan bahwa jaringan LSL tidak bersifat egaliter sepenuhnya, melainkan memiliki struktur informal dengan figur sentral yang menjadi penghubung antara PL dan anggota komunitas lainnya.

*"ada ayamnya. Ayam ini maksudnya induknya gitu. Ada ketua gengnya lah gitu."* (Wawancara MS pada 19 November 2026)

Figur ini menjadi kunci dalam memfasilitasi komunikasi horizontal di antara anggota komunitas. Berbeda dengan mami pada PSP yang lebih bersifat manajerial-ekonomis, "induk ayam" pada LSL lebih berfungsi sebagai *peer leader* yang memiliki pengaruh sosial dalam komunitas.

Jaringan LSL lebih terbuka untuk berbagi informasi di antara sesama. Keterbukaan ini memfasilitasi penyebaran informasi kesehatan secara lebih cepat melalui jaringan teman sebaya. Ketika seorang LSL telah menerima edukasi dan merasa nyaman, mereka cenderung membawa teman-teman mereka untuk juga mengakses layanan. Namun, keterbukaan ini juga menciptakan tantangan terkait privasi. Beberapa LSL merasa tidak nyaman dijangkau oleh sesama LSL dari lingkungan sosial yang sama karena kekhawatiran informasi pribadi akan tersebar. Hal ini mendorong strategi penugasan silang, dimana PL ditugaskan ke wilayah di luar lingkungan sosial langsung mereka.

Peran Petugas Lapangan (PL) yang berasal dari komunitas sendiri menjadi aktor sentral dalam jaringan komunikasi *peer-to-peer*. Strategi rekrutmen PKBI yang menempatkan 80

persennya harus pekerja seks aktif, mantan pekerja seks, atau memang orang yang masuk dalam bisnis pekerja seks, mencerminkan pemahaman bahwa komunikasi akan lebih efektif ketika disampaikan oleh sesama anggota komunitas. Untuk LSL dan Waria, Direktur PKBI menjelaskan bahwa semua tim kita *backgroundnya* adalah LSL dan Waria.

Peran PL sebagai mediator antara penerima manfaat dan layanan kesehatan formal juga tampak ketika terjadi kendala teknis atau komunikasi di fasilitas kesehatan. Dalam situasi seperti ini, penerima manfaat cenderung lebih memilih menyampaikan keluhan atau permasalahannya kepada PL terlebih dahulu, dibandingkan langsung berkomunikasi dengan tenaga medis. Kondisi ini menunjukkan bahwa kepercayaan yang telah terbangun dengan PL membuat mereka merasa lebih aman dan terwakili ketika berhadapan dengan institusi formal. Seorang penerima manfaat mengungkapkan :

*"saya minta tolong ke bang M. Terus dia yang ngasih tau ke dokter."* (wawancara LI pada 19 November 2025)

Kredibilitas PL dibangun melalui *shared experience* dan pemahaman kontekstual yang mendalam. Mereka memahami bahasa, norma sosial, dan tantangan yang dihadapi komunitas karena mereka sendiri bagian dari atau memiliki pengalaman langsung dengan komunitas tersebut. Hal ini menciptakan kepercayaan yang menjadi fondasi komunikasi efektif. Namun, melibatkan anggota komunitas sebagai PL juga menghadirkan tantangan. Direktur PKBI mengakui bahwa proses rekrutmen tidak seperti yang biasa dilakukan dalam proses rekrutan, karena sulit menemukan kandidat dengan kualifikasi pendidikan formal yang diinginkan. Selain itu, terdapat risiko *conflict of interest*, terutama pada komunitas LSL dimana ada potensi dia saling suka antara PL dengan kelompok dampingan.

Dalam implementasinya, PL menerapkan berbagai metode komunikasi. Seperti dijelaskan salah satu PL:

*"biasanya pendekatan dari satu orang ke orang berbeda, itu pasti melihat bagaimana karakter mereka kan. Kalau yang tiap hari diedukasi pasti tentang bagaimana mereka menjaga kesehatan mereka. Kan mereka kerjanya menggunakan tubuhnya, jadi bagaimana kita tekankan mereka agar mereka menjaga tubuhnya supaya tidak sakit."* (wawancara MC pada 19 November 2025)

Komunikasi *peer-to-peer* menciptakan ruang aman yang bebas dari penilaian moral.

Kualitas relasi yang terbangun antara PL dan penerima manfaat tidak hanya bersifat fungsional sebagai penyampai informasi kesehatan, tetapi juga bersifat personal dan emosional. PL dipersepsikan sebagai sosok yang sejajar, dapat dipercaya, dan tidak menempatkan diri sebagai pihak yang menilai atau mengevaluasi perilaku penerima manfaat. Persepsi ini menjadi dasar penting bagi terbentuknya keterbukaan dalam berkomunikasi, khususnya terkait perilaku berisiko maupun kondisi kesehatan yang bersifat sensitif. Seorang penerima manfaat menggambarkan hubungannya dengan PL. Hal itu diungkap oleh HY sebagai penerima manfaat.

*"mereka sebagai teman, sahabat ya, ga ada malu karena mereka juga enggak menghakimi kalau misalkan kita berbuat salah gitu. Mereka gak menghakimi malah mereka mengasih solusi."* (wawancara HY pada 19 November 2025)

Kualitas hubungan *non-judgmental* ini menjadi kunci dalam membuka komunikasi yang jujur tentang perilaku berisiko dan status kesehatan.

Dukungan emosional yang diberikan oleh PL melampaui sekadar penyampaian informasi kesehatan. Respons yang empatik dan berorientasi pada tindakan ini menciptakan rasa didukung yang mendorong kelompok sasaran untuk mengambil tindakan kesehatan yang diperlukan. Dukungan instrumental juga menjadi bagian penting dari komunikasi *peer-to-peer*. PL tidak hanya memberikan informasi tetapi juga memfasilitasi akses ke layanan kesehatan. Bentuk dukungan praktis ini mengatasi hambatan struktural yang dihadapi kelompok berisiko dalam mengakses layanan.

Komunikasi *peer-to-peer* juga memfasilitasi dukungan antar sesama anggota komunitas. Seorang penerima manfaat menceritakan pengalamannya membawa teman-teman untuk diperiksa:

*"kalau saya sudah banyak bawa teman-teman saya di kos itu, kemarin udah diperiksa sama Kak R. kemarin ada 4 org, ada juga yang kena HIV satu. ya awalnya mereka takut-takut gitu. Namun saya bilang kalau misalkan kamu takut nanti ke depannya kamu tambah parah gimana." (wawancara HY pada 19 November 2025)*

Meskipun komunikasi *peer-to-peer* menciptakan ruang dukungan, pengalaman dengan sistem kesehatan formal seringkali berbeda. Komentar yang mengaitkan perilaku berisiko dengan penilaian agama menciptakan *barrier* dalam komunikasi dan mengurangi kesediaan untuk mengakses layanan kesehatan formal. Seorang penerima manfaat mengungkapkan pengalaman negatif dengan tenaga medis.

*"Jadi pas ke faskes dibilang gini, kamu kan muslim kok melakukan perbuatan yang gak sesuai agama. Kadang ada juga tenaga medis yang kurang ramah kadang ada yg judge. Kita kaya dianggap pendosa loh, walaupun sholatnya rajin. Saya sholat gak pernah tinggal. Merasa saya berdosa juga ada gitu. Karena kalau kerjaan kayak gini kak kita itu gampang sensitif gampang tersinggung." (wawancara HY pada 19 November 2025)*

Pengalaman ini membuat kelompok berisiko lebih memilih berkomunikasi dengan PL dibanding tenaga kesehatan formal. Stigma internal juga menjadi tantangan dalam komunikasi.

Internalisasi stigma ini mempengaruhi bagaimana individu memandang diri mereka sendiri dan dapat menghambat kesediaan untuk mencari bantuan atau terbuka tentang perilaku berisiko mereka. Dalam komunitas LSL, transgender menghadapi stigma tambahan terkait identitas gender. Direktur Yayasan Sebaya Lancang Kuning (YSLK) mengungkapkan bahwa penggunaan identitas pada kelompok transgender di ruang publik menjadi sebuah perhatian.

*"misalnya transgender dipanggil dengan nama laki-laki mereka nggak nyaman." (NN dalam FGD pada 23 Oktober 2026).*

Ketidaksensitifan terhadap identitas gender di layanan kesehatan menciptakan pengalaman pengucilan yang membuat kelompok ini enggan mengakses layanan. Pengalaman pengucilan juga terjadi di tempat kerja. YSLK mendokumentasikan kasus ada yang dikeluarkan di tempat kerja dan *dibully* sama temannya ketika status HIV seseorang

diketahui. Meskipun ada undang-undang yang melarang diskriminasi di tempat kerja, implementasinya masih lemah.

Penolakan dalam proses penjangkauan juga menjadi tantangan. Seorang PL menjelaskan:

*"banyak sekali penolakan. Jadi pertama kali saya kerja di sini saya kaget. Penolakan dengan berbagai cara, dari penolakan yang halus sampai penolakan yang benar benar kasar banget ada. Biasanya mereka takut status, kebanyakan alasan ketika tau lebih ga bisa kerja, drop."* (wawancara MC pada 19 November 2026)

Komunikasi *peer-to-peer* menjadi strategi penting untuk mengatasi stigma. PL secara sadar menghindari bahasa yang menstigmatisasi. Dalam pernyataannya, Direktur PKBI menegaskan:

*"kami tidak boleh menstigma lagi bu ya, kami tidak bisa bilang lagi bahwa ini karena kamu LSL, ini karena kamu waria, karena teman-teman itu pasti tidak nyaman sama kita, tidak mau di dengerin kita."* (AA dalam FGD pada 23 Oktober 2026).

Hasil penelitian ini menemukan bahwa pesan komunikasi dikemas dalam kerangka yang pragmatis dan non-moralistik. Kepada PSP, PKBI menyampaikan bahwa aset dari WPS itu adalah tubuh, tubuh yang sehat bisa dapat tamu yang banyak. Pendekatan ini mengakui realitas ekonomi kelompok sasaran tanpa menghakimi pilihan pekerjaan mereka, sambil tetap mendorong perilaku kesehatan yang protektif.

Pemilihan tempat tinggal juga menjadi strategi menghindari stigma. Seorang penerima manfaat menjelaskan:

*"Memang kosan saya terbilang bagus dan mahal gitu. Kita tinggal jauh dari warga, bukan pemukiman. Jadi warga enggak ada yang tau kalau kos yang saya tempati memang bebas. Saya kan bagian massage pijat. Saya mulai menerima tamu laki-laki ya di Pekanbaru ini."* (wawancara HY pada 19 November 2026).

Solidaritas di antara sesama komunitas menciptakan zona aman. Penerima manfaat menjelaskan bahwa di kosnya yang dihuni sesama pekerja malam, ia mengatakan bahwa :

*"yang tinggal di kosan saya itu rata-rata LC pekerja malam semua. Jadi pulang subuh itu udah biasa mereka. Mereka langsung mengetuk atau biasanya chat dulu kaya nanya kak ada tamu."* (wawancara HY pada 19 November 2026)

Pemahaman dan dukungan mutual ini menciptakan lingkungan yang lebih *supportive* dibanding lingkungan umum. Untuk LSL, strategi penjagaan privasi di tempat tinggal juga penting.

Kelompok berisiko tinggi menunjukkan preferensi kuat terhadap komunikator dari komunitas mereka sendiri. Ketika ditanya siapa yang paling cocok memberikan edukasi HIV/AIDS, penerima manfaat secara konsisten menyatakan bahwa PL adalah pilihan terbaik. Alasannya bukan semata-mata pengetahuan teknis, tetapi kualitas hubungan. Salah satu penerima manfaat mengatakan bahwa:

*"karena mereka paham, mereka mengerti cara menyampaikan pengetahuan ke kita. Tentang HIV bisa memahamkan kami secara lebih nyaman tanpa menghakimi."* (wawancara LI pada 19 November 2026).

Preferensi ini juga terkait dengan ketiadaan penilaian moral. Berbeda dengan pengalaman dengan tenaga medis yang kadang cenderung *judgemental*, PL dari komunitas sendiri memberikan respons yang lebih empatik.

Hasil penelitian ini menemukan kelompok berisiko membutuhkan pendekatan komunikasi yang bertahap, bukan secara langsung membahas tentang HIV/AIDS. PL menjelaskan strategi mereka:

*"awalnya kenalan ngobrol ngalor-ngidul ke mana-mana. Habis itu tanya kerja di mana gitu, selanjutnya baru di tahap ngajak untuk sadar kesehatan dengan ngecek dll."* (wawancara MC pada 19 November 2026)

Proses bertahap ini memberikan waktu untuk membangun *trust* sebelum membicarakan topik sensitif. Untuk PSP, pintu masuk komunikasi seringkali melalui topik kesehatan lain yang kurang sensitif. Direktur PKBI menjelaskan :

*"kita nggak langsung kepada pemeriksaan HIV, sebelumnya ada pemeriksaan kanker serviks, mereka lebih tertarik untuk periksa itu."* (AA dalam FGD pada 23 Oktober 2026)

Setelah *trust* terbangun melalui layanan kesehatan lain, komunikasi tentang HIV menjadi lebih mudah diterima.

Komunikasi juga perlu disesuaikan dengan realitas ekonomi kelompok sasaran. Pihak Puskesmas selaku fasilitas kesehatan pertama menjelaskan bahwa dalam penyuluhan mereka terintegrasi dengan berbagai program.

*"Kami punya kerjasama dengan KUA penyuluhan pada calon pengantin, terintegrasi juga dengan kegiatan UKS, kelas ibu hamil di sana kita tekankan bahwa ibu hamil wajib tes HIV."* (VO dalam FGD pada 23 Oktober 2026)

Untuk LSL, penjangkauan virtual menjadi tahap awal yang penting. Seorang penerima manfaat menjelaskan bahwa ia menemukan informasi HIV melalui Instagram. Komunikasi dilanjutkan melalui DM Instagram sebelum pertemuan tatap muka.

Privasi menjadi kebutuhan fundamental dalam komunikasi kesehatan pada kelompok berisiko tinggi. Ketika ditanya tentang cara komunikasi yang paling nyaman, seorang penerima manfaat LSL menyatakan preferensi untuk komunikasi *private*, karena lebih nyaman jika bicara berdua. Kebutuhan privasi ini terkait dengan sensitivitas isu HIV/AIDS dan ketakutan akan stigma sosial.

Strategi komunikasi virtual melalui DM Instagram menjadi alternatif yang memberikan tingkat privasi lebih tinggi untuk tahap awal komunikasi. Namun, kebutuhan privasi juga menciptakan *tension* dengan prinsip komunikasi teman sebaya. Beberapa LSL merasa tidak nyaman dijangkau oleh sesama LSL dari lingkungan sosial yang sama karena kekhawatiran informasi akan bocor.

Lokasi layanan kesehatan juga menjadi pertimbangan privasi. Hal itu disampaikan oleh YSLK bahwa selain pertimbangan privasi lebih lanjut adalah soal kenyamanan dalam

pemeriksaan kesehatan.

*"ada juga orang itu malu untuk pelayanan sekitar rumahnya, dia bisa pergi ke layanan kesehatan yang jauh dari rumahnya agar tidak diketahui oleh saudaranya."* (NN dalam FGD pada 23 Oktober 2026)

Untuk itu, fleksibilitas dalam memilih lokasi layanan menjadi penting untuk mengakomodasi kebutuhan privasi yang berbeda-beda.

Kelompok berisiko tinggi membutuhkan konten komunikasi yang tidak hanya informatif tetapi juga praktis dan dapat diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari. Pesan yang mengaitkan kesehatan dengan keberlanjutan hidup lebih mudah diterima. Seorang penerima manfaat lain menjelaskan bahwa pesan yang paling mudah dipahami adalah menjaga kesehatan untuk masa depan dan sikap peduli sama kesehatan. Konten juga perlu menyertakan informasi tentang perkembangan pengobatan yang mungkin tidak diketahui komunitas.

*"Kalau berobat itu tidak akan menularkan ke anak atau istrinya. Itu mungkin pesan yang kami sering sampaikan. Di Pekanbaru Ada PrEP namanya pencegahan untuk HIV/AIDS syaratnya adalah untuk populasi kunci."* (VO dalam FGD pada 23 Oktober 2026)

Konten visual seperti brosur dan infografis di media sosial efektif sebagai pintu masuk komunikasi. Namun, penerima manfaat menilai bahwa informasi HIV di media sosial seringkali dikemas tidak lengkap dan sulit mendapat pemahaman lebih lanjut.

*"Walaupun kadang kita melihat informasi di media sosial, tapi biasanya enggak lengkap. Berbeda dengan di sini (PKBI) kemarin apa yang saya tanyakan dan pengen tau terjawab semua di sini."* (wawancara LI pada 19 November 2026)

Kelompok berisiko tinggi membutuhkan dukungan yang tidak berhenti pada edukasi awal, tetapi berkelanjutan sepanjang perjalanan kesehatan mereka. Penerima manfaat juga menyampaikan bahwa mereka merasa nyaman untuk mengomunikasikan setiap keluhan yang dialami kepada PL secara informal, tanpa perlu melalui prosedur yang rumit. Mereka menilai bahwa PL senantiasa memberikan respons secara cepat terhadap kebutuhan maupun pertanyaan yang diajukan. Responsivitas dan aksesibilitas PL untuk konsultasi berkelanjutan ini menciptakan rasa aman dan didukung di kalangan penerima manfaat. YSLK melaporkan berbagai bentuk dukungan berkelanjutan yang mereka berikan. Sampai dengan September 2025, mereka telah mendukung 2.280 orang dengan HIV di Kota Pekanbaru, dengan 2.145 yang on ART. Mereka melakukan penelusuran untuk 82 orang yang belum inisiasi pengobatan dan mengembalikan 77 orang yang *loss to follow-up*.

Dukungan psikososial menjadi kebutuhan penting, terutama bagi yang baru didiagnosis positif. YSLK menjelaskan bahwa mereka memiliki lima pilar dukungan:

*"kami memiliki komunitas pendukung sebaya, jumlahnya ada 10 orang. Tugasnya memberikan dukungan psikososial, yang pertama adalah meningkatkan kepercayaan orang dengan HIV kalau ada orang tahu bahwa dia positif HIV pasti banyak orang yang sedih dan syok, apalagi kalau itu adalah ibu rumah tangga yang tidak tahu apa-apa. Kemudian kami meningkatkan pengetahuan terkait HIV/AIDS. Selanjutnya meningkatkan*

*akses ke layanan kesehatan dan pengobatan. Yang keempat adalah HIV stop di sini. Dan terakhir adalah ODHIV atau ODHA itu untuk melanjutkan kehidupan harus ada mindset bahwa mereka adalah seperti manusia lain." (NN dalam FGD pada 19 November 2026)*

Metode dukungan dilakukan melalui berbagai cara *home visit*, kunjungan pelayanan, *meeting point* dan layanan virtual meskipun proporsinya masih kecil sekitar 3%. Notifikasi dan *screening* pasangan juga memerlukan dukungan sensitif. YSLK melakukan notifikasi pasangan dimana pasangannya itu tidak hanya terbatas pada pasangan yang normal tapi juga mereka yang pasangannya beberapa. Apakah pasangannya masih sama atau sudah berganti.

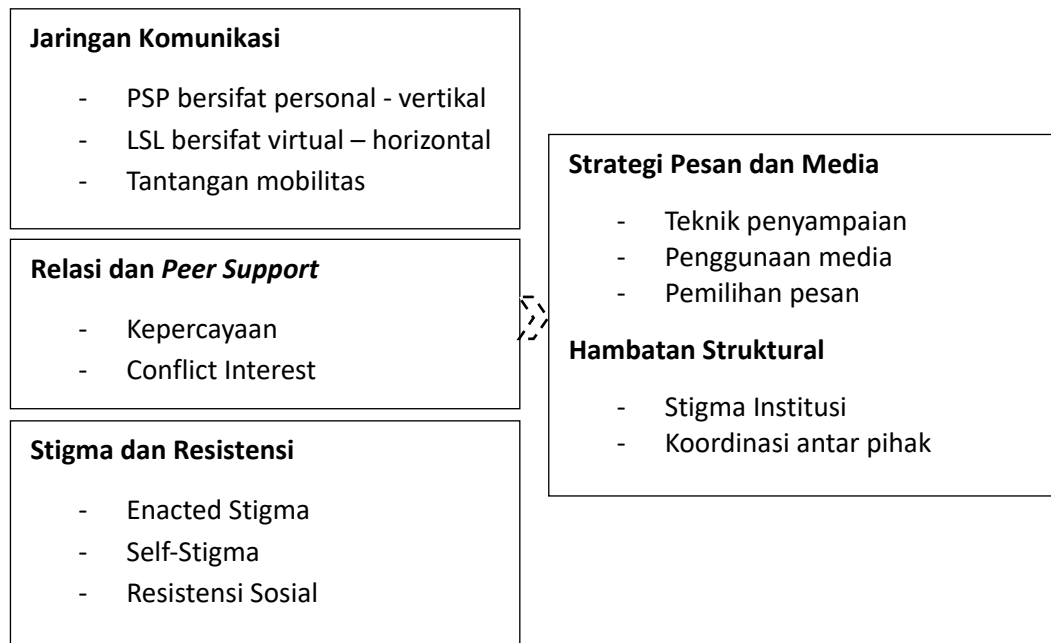
Kelompok berisiko tinggi juga menunjukkan keinginan untuk terlibat lebih aktif dalam program, tidak hanya sebagai penerima pasif. Kelompok sasaran juga menunjukkan keterbukaan untuk memberikan masukan tentang program. Ketika ditanya tentang cara meningkatkan program, mereka memberikan saran konkret seperti mengadakan sosialisasi ke kampus, karena pencegahan bisa dilakukan dari sana. Mereka juga menyarankan perluasan ke sekolah-sekolah, menunjukkan kesadaran akan pentingnya pencegahan dini. Direktur PKBI menjelaskan bahwa:

*"Indikator keberhasilan komunikasi adalah ketika Kelompok Dampingan (KD) nya menjadi mandiri, artinya dia yang nelson nanti ke teman-teman PL dan menyampaikan mbak ini udah saatnya aku tes ulang." (AA dalam FGD pada 23 Oktober 2026)*

Kemandirian ini menunjukkan internalisasi pesan kesehatan dan transformasi dari penerima pasif menjadi agen aktif dalam mengelola kesehatan mereka sendiri.

## PEMBAHASAN

Sebelum menguraikan pembahasan secara mendalam, kami memetakan terlebih dahulu tema-tema kunci yang muncul dari hasil penelitian sebagai kerangka analisis dalam pembahasan. Pertama, jaringan komunikasi mengurai perbedaan struktur jaringan antara PSP yang bersifat personal-vertikal dan LSL yang bersifat virtual-horizontal, serta tantangan mobilitas tinggi yang memengaruhi keberlanjutan relasi komunikasi. Kemudian, penelitian ini juga membahas relasi dan *peer support* yang menyoroti pentingnya kepercayaan yang terbangun antara PL dan penerima manfaat, kebutuhan *capacity building* berkelanjutan bagi PL, serta potensi *conflict of interest* dalam pelibatan komunitas sebagai komunikator. Stigma dan resistensi yang menjadi poin selanjutnya akan menggambarkan pengalaman *enacted stigma* dari tenaga kesehatan formal, proses internalisasi stigma menjadi *self-stigma*, serta strategi resistensi yang dikembangkan komunitas untuk mempertahankan ruang aman mereka. Lebih lanjut, penelitian ini membahas tentang strategi pesan dan media yang berkaitan dengan pendekatan komunikasi bertahap, penggunaan media campuran antara digital dan tatap muka, serta perumusan pesan yang bersifat pragmatis dan non-moralistik. Dan terakhir terkait dengan hambatan struktural yang mencakup stigma yang melembaga dalam sistem kesehatan formal, tantangan koordinasi lintas sektor, serta keterbatasan administratif dan pendanaan yang memengaruhi keberlanjutan program.



Gambar 1. Peta Kunci Hasil Penelitian

Temuan penelitian ini menunjukkan perbedaan fundamental dalam struktur jaringan komunikasi antara PSP dan LSL. Jaringan PSP yang bersifat personal individual dengan struktur vertikal berpusat pada mami mencerminkan realitas sosial ekonomi komunitas yang terorganisir secara manajerial. Hal ini sejalan dengan karakteristik *Community Health Workers* (CHW) yang efektif, dimana pemahaman tentang struktur sosial-ekonomi komunitas menjadi kunci keberhasilan komunikasi (Humphries et al., 2025). Sebaliknya, jaringan LSL yang virtual komunal dengan struktur lebih horizontal mencerminkan kebutuhan akan privasi dan kehati-hatian dalam membuka identitas. Pola penjangkauan yang dimulai secara virtual sebelum pertemuan tatap muka konsisten dengan temuan penelitian terdahulu tentang penggunaan media sosial untuk penjangkauan remaja dalam Program HAPPY, dimana media sosial efektif untuk kontak awal tetapi perlu dilengkapi dengan pertemuan tatap muka untuk edukasi mendalam (Holliday et al., 2020).

Dinamika kompetitif dalam jaringan PSP yang membuat informasi tidak mudah tersebar secara horizontal berbeda dengan keterbukaan LSL untuk berbagi informasi di antara sesama. Perbedaan ini perlu dipahami dalam konteks ekonomi pekerjaan seks, dimana PSP beroperasi dalam lingkungan yang lebih kompetitif untuk klien, sementara LSL tidak memiliki dimensi ekonomi yang sama dalam relasi seksual mereka. Mobilitas tinggi PSP yang menjadi tantangan dalam mempertahankan jaringan komunikasi menggarisbawahi pentingnya sistem koordinasi antar wilayah dan dokumentasi yang baik. Strategi *rolling* wilayah yang diterapkan PL merupakan respons adaptif terhadap karakteristik mobilitas ini, meskipun tetap menghadapi keterbatasan mengingat tidak semua PSP dapat dijangkau.

Pendidik sebaya (*peer-to-peer*) memainkan peran mendasar dalam mengurangi dampak buruk dan penyebaran HIV (Mabuie, 2020). Temuan bahwa komunikasi *peer-to-peer* menciptakan ruang aman yang *non-judgmental* juga mengkonfirmasi hasil penelitian sebelumnya tentang komunikasi partisipatif pencegahan HIV, yang menekankan bahwa komunikasi oleh sesama anggota komunitas lebih efektif karena pemahaman perspektif lokal yang autentik (Parker & Becker-Benton, 2016). Sejalan dengan itu, hasil penelitian

terdahulu juga menunjukkan bahwa para pemuda di pedesaan Afrika Selatan merasa nyaman berbagi masalah kesehatan seksual mereka dengan teman sebaya. Bersamaan dengan tes HIV mandiri (HIVST), dukungan teman sebaya (teman) memfasilitasi tes HIV dan solidaritas untuk pengungkapan status HIV dan pengobatan (Adeagbo et al., 2022). Bukti empiris lain menunjukkan bahwa dengan memfasilitasi akses ke tes HIV melalui penyampaian informasi oleh rekan sebaya, berpotensi untuk meningkatkan perilaku pencegahan HIV khususnya pada pria gay dan biseksual imigran di Latinx (Lee et al., 2023).

Kualitas hubungan yang digambarkan sebagai teman dan sahabat bukan hanya komunikator dan komunikan menciptakan fondasi kepercayaan untuk keterbukaan tentang perilaku berisiko. Hal ini diperkuat dengan temuan Hernandez & Petronio (2020) yang menunjukkan bahwa keengganan sebagian besar perempuan muda dalam mengungkapkan perilaku seksual kepada dokter disebabkan oleh persepsi bahwa informasi tersebut bersifat sangat privat, sehingga keputusan untuk membuka atau menutup informasi tersebut sangat bergantung pada bagaimana kompetensi komunikasi dan kualitas relasi yang dibangun. Namun, kontras antara pengalaman positif dengan PL dan pengalaman negatif dengan tenaga kesehatan formal menggarisbawahi stigma yang terus menerus dalam sistem kesehatan. Komentar tenaga medis yang mengaitkan perilaku berisiko dengan penilaian agama mencerminkan apa yang dalam literatur disebut sebagai *enacted stigma*, pengalaman aktual diskriminasi atau perlakuan tidak adil (Jackson-best, 2018). Pengalaman ini memperkuat keengganan kelompok berisiko untuk mengakses layanan kesehatan formal dan meningkatkan ketergantungan pada jalur komunikasi kesebayaan.

Internalisasi stigma yang diungkapkan penerima manfaat yaitu "karena kita menganggap kita ini pendosa" menunjukkan bagaimana stigma sosial terinternalisasi menjadi *self-stigma* yang mempengaruhi *self-concept* dan kesediaan mencari bantuan. Hal ini sejalan dengan kajian literatur tentang stigma dan interseksionalitas, yang menemukan bahwa stigma berlapis yaitu sebagai ODHIV, sebagai PSP atau LSL, dan berpotongan dengan stigma gender, kelas, dan agama telah menciptakan hambatan kompleks dalam akses kesehatan (Jackson-best, 2018). Strategi komunikasi PKBI yang secara sadar menghindari bahasa menstigmatisasi dan mengemas pesan dalam kerangka pragmatis "tubuh yang sehat bisa dapat tamu yang banyak" merupakan implementasi konkret dari *harm reduction approach* yang realistis dan non moralistik. Pendekatan ini mengakui realitas kehidupan kelompok sasaran tanpa menghakimi, sambil tetap mendorong perilaku kesehatan protektif, prinsip yang konsisten dengan *best practices* dalam komunikasi kesehatan untuk populasi marginal (Morgan et al., 2020).

Strategi *spatial distancing* yaitu pemilihan tempat tinggal yang jauh dari pemukiman padat untuk menghindari gosip, mencerminkan apa yang dalam literatur disebut sebagai *resistance strategies*, cara-cara dimana kelompok terstigmatisasi secara aktif melawan atau mengelola stigma (Morgan et al., 2020). Solidaritas di antara sesama komunitas yang menciptakan zona aman merupakan bentuk *collective resistance* yang penting untuk kesejahteraan psikologis.

Preferensi kuat terhadap komunikator dari komunitas sendiri mengkonfirmasi prinsip *diverse knowledges* dalam *Intersectionality-Based Policy Analysis* (IBPA), yang mengakui dan mengafirmasi suara serta pengalaman kelompok yang terpinggirkan (Humphries et al., 2025). PL dari komunitas membawa *experiential knowledge* yang tidak dapat digantikan oleh petugas dari luar komunitas, menciptakan legitimasi berbasis *shared experience*. Namun, strategi rekrutmen yang mengutamakan latar belakang komunitas di atas kualifikasi

pendidikan formal menciptakan *trade-off*. Direktur PKBI mengakui kesulitan menemukan kandidat dengan kualifikasi pendidikan yang diinginkan, mengindikasikan ketegangan antara prinsip partisipasi komunitas dengan standar profesionalisme. Hal ini sejalan dengan tantangan yang diidentifikasi dalam literatur CHW, dimana kapasitas organisasi yang terbatas untuk rencana perawatan yang dipersonalisasi menjadi hambatan (Humphries et al., 2025). Di sisi lain, kompetensi dan pendidikan teman sebaya sangat penting. Berdasarkan model keyakinan kesehatan, pengetahuan yang diperoleh dari teman sebaya terbukti secara signifikan meningkatkan kesadaran, efikasi diri, dan niat perilaku, sehingga mendorong pencegahan AIDS (Joorbonyan et al., 2022).

Risiko *conflict of interest*, terutama pada komunitas LSL dimana ada potensi saling suka antara PL dengan kelompok pendamping, menggarisbawahi kompleksitas melibatkan anggota komunitas sebagai petugas. Tantangan privasi yang membuat beberapa LSL tidak nyaman dijangkau oleh sesama LSL dari lingkungan sosial yang sama menunjukkan bahwa komunikasi *peer-to-peer* bukan solusi universal, perlu diseimbangkan dengan pertimbangan privasi dan *professional boundaries*.

Strategi penugasan silang yang diterapkan untuk mengatasi isu privasi merupakan respons pragmatis, meskipun memiliki implikasi untuk efektivitas komunikasi. Petugas Lapangan yang ditugaskan di wilayah di luar jejaring sosial mereka dapat kehilangan akses terhadap pengetahuan lokal dan jaringan yang telah terbangun, sehingga menimbulkan dilema antara menjaga kerahasiaan dan optimalisasi jangkauan program.

Kebutuhan akan *capacity building* berkelanjutan untuk PL menjadi krusial. Penelitian tentang kurikulum partisipatif untuk CHW menekankan pentingnya pelatihan tidak hanya pada aspek teknis tetapi juga pada keterampilan komunikasi, konseling, dan manajemen kasus (Rajabiun et al., 2021). Investasi pada pengembangan kapasitas PL akan menentukan keberlanjutan dan kualitas komunikasi *peer-to-peer*.

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa kelompok berisiko tinggi memerlukan pendekatan komunikasi secara bertahap tanpa langsung menyentuh topik HIV sejalan dengan prinsip Health Belief Model, yang menekankan pentingnya pengelolaan hambatan persepsi secara cermat untuk memfasilitasi tindakan kesehatan (Holliday et al., 2020). Pendekatan membangun kepercayaan dengan mengawali diskusi melalui isu kesehatan yang lebih dapat diterima (misalnya pemeriksaan kanker serviks pada PSP) sebelum beralih ke topik HIV menunjukkan penerapan strategis dari prinsip tersebut.

Penggunaan media sosial sebagai pintu masuk untuk LSL, diikuti dengan komunikasi personal melalui DM sebelum pertemuan tatap muka, merupakan pendekatan campuran yang mengoptimalkan kelebihan setiap saluran. Media digital memberikan *anonymity* dan aksesibilitas untuk kontak awal, sementara tatap muka memungkinkan komunikasi mendalam dan pembangunan trust. Ini konsisten dengan temuan bahwa komunikasi digital perlu dilengkapi dengan kesempatan untuk dialog interaktif tatap muka untuk efektivitas optimal (Holliday et al., 2020).

Pengakuan penerima manfaat bahwa konten di media sosial tidak lengkap dan edukasi tatap muka lebih komprehensif menggarisbawahi keterbatasan komunikasi yang hanya mengandalkan flatfor digital. Meskipun media sosial efektif untuk meningkatkan kesadaran dan kontak awal, komunikasi interpersonal tetap esensial untuk memberikan edukasi yang mendalam dan konseling perubahan perilaku. Selain itu, sebuah studi literatur menunjukkan bahwa penggunaan intervensi kesehatan berbasis internet kelompok sebaya dapat diterima dan memiliki potensi unik untuk memengaruhi perilaku kesehatan, tetapi

peserta melaporkan kekhawatiran tentang privasi (Ronen et al., 2020).

Konten komunikasi yang dirancang secara pragmatis dengan menghubungkan kesehatan pada keberlangsungan ekonomi "tubuh yang sehat bisa dapet tamu yang banyak" merupakan contoh kontekstualisasi yang sangat baik. Pesan ini efektif karena berakar pada kondisi material nyata kelompok sasaran, bukan pada konsep moralitas yang abstrak. Ini sejalan dengan prinsip *Social and Behaviour Change Communication* (SBCC) yang menekankan relevansi pesan dengan konteks kehidupan populasi sasaran (Bose et al., 2023). Namun, pendekatan pragmatis ini menghadapi ketegangan dengan konteks sosio kultural dan agama di Kota Pekanbaru. Pernyataan Dinkes bahwa "tidak semua program dari pusat itu bisa dilakukan di sini karena di mana bumi dipijak di situ langit dijunjung" menggarisbawahi kompleksitas implementasi strategi pengurangan dampak buruk dalam lingkungan dengan nilai-nilai konservatif. Program distribusi kondom yang di satu sisi efektif untuk pencegahan tetapi di sisi lain dianggap mendukung *free sex* menunjukkan perlunya navigasi yang cermat antara efektivitas kesehatan masyarakat dan penerimaan sosial-kultural.

Kebutuhan akan pendampingan berkelanjutan yang tidak terbatas pada edukasi awal menguatkan temuan mengenai pengerahan *Community Health Workers* (CHW) dalam meningkatkan *outcome* kesehatan ODHIV, yang menekankan bahwa pendekatan harus mengenali kebutuhan kompleks dan multidimensional dari populasi (Marotta et al., 2024). Dukungan sekali waktu tidak memadai, diperlukan ekosistem dukungan yang berkesinambungan yang mencakup aspek informasional, emosional, instrumental, dan penilaian. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian terdahulu tentang peran kelompok sebaya dalam penemuan kasus, diagnosis, perawatan dan pengobatan HIV yang dilakukan di negara Iran dimana keterlibatan pendukung sebaya memainkan peran positif dan penting dalam diagnosis, dukungan, dan tindak lanjut pasien dalam perawatan HIV (Ghahramani et al., 2025).

Lima pilar dukungan psikososial yang dikembangkan YSLK yaitu meningkatkan kepercayaan diri, pengetahuan, akses layanan, pencegahan penularan, dan reintegrasi sosial, merupakan model komprehensif yang mengintegrasikan dimensi psikologis, medis, dan sosial. Pencapaian mereka dalam mendukung 2.280 ODHIV dengan 2.145 yang on ART (94%) menunjukkan efektivitas pendekatan ini, meskipun tantangan tetap ada dengan 82 orang yang belum inisiasi dan *loss to follow-up* yang perlu dikembalikan.

Metode dukungan yang beragam yang terdiri dari *home visit*, kunjungan layanan, *meeting point*, dan virtual mencerminkan pemahaman bahwa pendekatan seragam tidak memberikan hasil yang efektif. Fleksibilitas dalam cara penyampaian layanan penting untuk mengakomodasi preferensi dan situasi yang berbeda-beda dari setiap individu. Namun, proporsi layanan virtual yang masih rendah (3%) mengindikasikan bahwa meskipun pandemi COVID-19 telah mendorong adopsi *telemedicine*, komunikasi tatap muka masih menjadi metode yang dominan dalam konteks HIV/AIDS di Indonesia.

Transformasi penerima manfaat menjadi agen perubahan, membawa teman-teman untuk diperiksa dan mengkomunikasikan dalam bahasa komunitas, merupakan manifestasi pemberdayaan. Ketika komunitas tidak lagi berperan sebagai objek pasif program tetapi subjek aktif yang berkontribusi pada kesehatan mereka dan sesama, ini mencerminkan prinsip dasar CBPR (Rhodes et al., 2020). Indikator keberhasilan yang diidentifikasi PKBI, kemandirian kelompok dampingan atau penerima manfaat yang proaktif menghubungi untuk tes ulang merupakan matrik yang tepat untuk mengukur internalisasi pesan

kesehatan.

Meskipun komunikasi *peer-to-peer* efektif dalam menciptakan kepercayaan dan mengurangi stigma pada level komunitas, hambatan sistemik masih tetap ada. Pengalaman stigma dan diskriminasi di sistem kesehatan formal mengindikasikan bahwa tanpa perubahan di level institusional, komunikasi *peer* akan terbatas dampaknya. Penelitian tentang integrasi layanan kesehatan seksual untuk kelompok LGBTQ menemukan bahwa *provider sensitivity* dan *competency* merupakan faktor kunci dalam aksesibilitas layanan (Mwamba et al., 2023).

Kebutuhan akan pelatihan kepekaan bagi tenaga kesehatan menjadi mendesak. Contoh sederhana seperti memanggil transgender dengan nama yang mereka kehendaki, bukan nama laki-laki yang tertera pada KTP, menunjukkan bahwa perubahan tidak harus rumit, melainkan memerlukan kesadaran dan komitmen. Integrasi pelatihan kompetensi budaya dalam pendidikan serta pelatihan dalam jabatan bagi tenaga kesehatan perlu menjadi prioritas.

Kompleksitas koordinasi lintas sektor yang diungkapkan PKBI menggarisbawahi perlunya mekanisme koordinasi yang lebih terstruktur. Peran KPA dan Dinas Kesehatan sebagai koordinator sentral menjadi krusial untuk mengintegrasikan berbagai stakeholder dan mengatasi hambatan birokrasi. Namun, restrukturisasi KPA 2025-2030 yang menghasilkan pengurus tanpa latar belakang di bidang HIV/AIDS menimbulkan kekhawatiran tentang efektivitas koordinasi ke depan.

Permasalahan struktural seperti kelompok kunci yang tidak memiliki Nomor Induk Kependudukan (NIK) sehingga mengalami kesulitan mengakses layanan kesehatan menunjukkan bahwa hambatan tidak hanya berada pada tingkat komunikasi atau sikap penyedia layanan, tetapi juga pada kebijakan administratif. Hal ini memerlukan advokasi berjenjang dari komunitas, Lembaga Swadaya Masyarakat, hingga pembuat kebijakan untuk mengatasi hambatan sistemik. Pengalaman ODHIV yang diberhentikan dari tempat kerja meskipun terdapat undang-undang anti-diskriminasi menunjukkan kesenjangan antara perlindungan secara hukum dan praktik di lapangan, yang memerlukan mekanisme penegakan yang lebih kuat. Keterbatasan anggaran dengan penyederhanaan dari 6 menjadi 3 layanan akibat pemotongan dana Global Fund menegaskan kerentanan program yang sangat bergantung pada donor eksternal. Diversifikasi sumber pendanaan melalui advokasi anggaran daerah (APBD), kolaborasi dengan *Corporate Social Responsibility* (CSR), dan penguatan kemitraan menjadi keharusan untuk keberlanjutan program. Namun, hal ini memerlukan komitmen politik dari pemerintah daerah yang mungkin sulit diperoleh mengingat sensitivitas politik isu HIV/AIDS.

Penelitian ini memberikan kontribusi teoritis pada perkembangan kajian bidang ilmu komunikasi khususnya komunikasi kesehatan dengan menyajikan pemahaman yang mendalam tentang bagaimana jaringan komunikasi *peer* terbentuk dan berfungsi dalam konteks populasi kunci yang mengalami stigmatisasi. Identifikasi perbedaan struktural antara jaringan PSP (*personal-individual-vertikal*) dan LSL (*virtual-komunal-horizontal*) menunjukkan bahwa pendekatan seragam tidak efektif, strategi komunikasi perlu dibedakan berdasarkan karakteristik spesifik komunitas. Temuan ini sejalan dengan studi Khamid et al. (2022) pada komunitas LSL (MSM) dengan HIV positif di Jember, yang menemukan bahwa penyediaan informasi kesehatan, edukasi seks aman, ajakan tes HIV, dan pemantauan pengobatan ARV lebih mudah diterima apabila dilakukan oleh sesama LSL dengan HIV positif, dengan alasan utamanya adalah elemen kedekatan, pemahaman terhadap

karakteristik sesama LSL, serta elemen kepercayaan yang terbangun melalui ikatan pertemanan, sehingga penularan HIV dapat lebih terkendali.

Temuan tentang dualitas pengalaman komunikasi, dukungan dalam *peer networks* versus stigma dalam sistem formal menggarisbawahi pentingnya intervensi *multi-level*. Penguatan komunikasi *peer* tanpa mengatasi stigma institusional hanya menciptakan solusi parsial. Diperlukan intervensi simultan pada level komunitas (memperkuat dukungan sebaya), penyedia layanan (pelatihan sensitivitas), dan sistem (kebijakan anti diskriminasi dengan penegakan hukum).

Artikulasi kebutuhan dan preferensi komunikasi oleh kelompok sasaran sendiri, bukan berdasarkan asumsi program, namun merupakan wujud nyata dari pendekatan partisipatif. Temuan bahwa kelompok sasaran menginginkan keterlibatan aktif, bukan sekadar sebagai penerima pasif, mengonfirmasi prinsip CBPR bahwa komunitas adalah ahli mengenai kehidupan dan kebutuhan mereka sendiri. Program yang sungguh-sungguh mempraktikkan partisipasi perlu mendengarkan dan merespons kebutuhan yang disampaikan tersebut.

## SIMPULAN

Penelitian ini mengungkapkan dinamika kompleks komunikasi *peer-to-peer* dalam penanggulangan HIV/AIDS pada komunitas PSP dan LSL di Kota Pekanbaru. Temuan utama menunjukkan bahwa jaringan komunikasi pada PSP bersifat personal individual dengan struktur berpusat pada mami, sementara LSL membentuk jaringan virtual komunal dengan figur "induk ayam" sebagai koordinator. Petugas Lapangan dari komunitas sendiri berperan sentral sebagai jembatan antara komunitas dengan sistem kesehatan formal. Pengalaman komunikasi *peer-to-peer* menciptakan ruang aman yang *non-judgmental* dan memberikan dukungan multidimensional, berbeda dengan pengalaman stigma yang masih dialami dalam sistem kesehatan formal. Mekanisme penanganan stigma dilakukan melalui jarak spasial dan solidaritas kolektif dalam komunitas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebutuhan dan preferensi komunikasi yang teridentifikasi mencakup beberapa aspek penting yaitu komunikator dari komunitas sendiri, metode penyampaian secara bertahap dengan mempertimbangkan konteks lokal, jaminan kerahasiaan dan perlindungan data pribadi, materi yang praktis dan kontekstual, dukungan berkelanjutan tidak hanya edukasi sekali waktu, dan kesempatan untuk terlibat aktif sebagai agen perubahan. Temuan ini memvalidasi bahwa strategi komunikasi *peer-to-peer* terbukti efektif dalam membangun kepercayaan dan mengurangi stigma. Namun demikian penelitian ini juga mengidentifikasi tantangan yang harus ditangani seperti keterbatasan kapasitas profesional, isu privasi dan potensi konflik kepentingan.

Penelitian ini memberikan sumbangan pada aspek teoretis dalam memahami mekanisme pembentukan dan fungsi jaringan komunikasi antarsesama (*peer network*) di kalangan populasi kunci atau kelompok berisiko tinggi yang mengalami stigmatisasi. Implikasinya menunjukkan bahwa strategi komunikasi perlu disesuaikan dan dibedakan sesuai dengan karakteristik khusus masing-masing komunitas. Dari sisi praktis, studi ini menghasilkan sejumlah rekomendasi, yaitu: (1) merancang strategi komunikasi yang disesuaikan secara spesifik untuk kelompok Pekerja Seks Perempuan (PSP) dan Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL), (2) melakukan investasi dalam pengembangan kapasitas Pendamping Lapangan (PL), (3) menyelenggarakan pelatihan kepekaan bagi tenaga kesehatan profesional, (4) memperkuat koordinasi antarlembaga dan lintas sektor, (5) melakukan diversifikasi atau penganekaragaman sumber dana, serta (6) melakukan upaya advokasi

untuk mengatasi hambatan-hambatan struktural yang ada.

Keterbatasan penelitian ini meliputi fokus geografis yang terbatas pada Kota Pekanbaru dan periode penelitian yang relatif singkat. Diperlukan penelitian lanjutan dengan jangkauan wilayah yang lebih luas, pengamatan dalam jangka waktu yang lebih panjang, serta penggunaan metode kuantitatif eksperimental untuk menguji efektivitas intervensi komunikasi *peer-to-peer* secara lebih ketat. Meskipun demikian, penelitian ini memberikan kontribusi penting pada pemahaman kontekstual tentang komunikasi *peer-to-peer* pada kelompok berisiko tinggi di Indonesia, dengan implikasi signifikan bagi desain program penanggulangan HIV/AIDS yang lebih responsif dan berbasis komunitas.

## REFERENSI

- Adeagbo, O. A., Seeley, J., Gumede, D., Xulu, S., Dlamini, N., Luthuli, M., Dreyer, J., Herbst, C., Cowan, F., Chimbindi, N., & Hatzold, K. (2022). Process evaluation of peer- - peer testing and sexual delivery of HIV self- - health information to support HIV prevention among youth in rural Natal , South Africa : qualitative analysis. *BMJ Open*, 12, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048780>
- Adha, B. A. (2024). 434 kasus HIV hingga Oktober 2024 di Pekanbaru. *Antaranews.Com*. <https://riau.antaranews.com/berita/397085/434-kasus-hiv-hingga-oktober-2024-di-pekanbaru>
- Arifin, H., Ibrahim, K., Rahayuwati, L., Herliani, Y. K., Kurniawati, Y., Pradipta, R. O., Sari, G. M., Ko, N. Y., & Wiratama, B. S. (2022). HIV-related knowledge, information, and their contribution to stigmatization attitudes among females aged 15–24 years: regional disparities in Indonesia. *BMC Public Health*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13046-7>
- Babalola, S., VanLith, L. M., Mallalieu, E. C., Packman, Z. R., Myers, E., Ahanda, K. S., Harris, E., Gurman, T., & Figueroa, M. E. (2017). A framework for health communication across the HIV treatment continuum. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 74, S5–S14. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001206>
- Berg, R. C., Page, S., & Øgård-Repål, A. (2021). The effectiveness of peer-support for people living with HIV: A systematic review and metaanalysis. *PLoS ONE*, 16(6 June 2021), 1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252623>
- Bose, D. L., Hundal, A., Singh, S., Singh, S., Seth, K., Hadi, S. ul, Saran, A., Joseph, J., Goyal, K., & Salve, S. (2023). Evidence and gap map report: Social and Behavior Change Communication (SBCC) interventions for strengthening HIV prevention and research among adolescent girls and young women (AGYW) in low- and middle-income countries (LMICs). *Campbell Systematic Reviews*, 19(1). <https://doi.org/10.1002/cl2.1297>
- Coughlin, S. S. (2016). Community-Based Participatory Research Studies on HIV/AIDS Prevention, 2005-2014. *Jacobs Journal of Community Medicine*, 2(1). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28066841><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5215619>
- De Bresser, I., Remers, T. E. P., Wieland, M. W. M., Prawiranegara, R., Siregar, A. Y. M., & Baltussen, R. (2019). Prioritizing HIV/AIDS prevention strategies in Bandung, Indonesia: A cost analysis of three different HIV/AIDS interventions. *PLoS ONE*, 14(8), 1–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221078>
- Fauk, N. K., Hawke, K., Mwanri, L., & Ward, P. R. (2021). Stigma and discrimination towards

- people living with hiv in the context of families, communities, and healthcare settings: A qualitative study in indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105424>
- Gao, M. Y., & Wang, S. (2007). Participatory communication and HIV/AIDS prevention in a Chinese marginalized (MSM) population. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 19(6), 799–810. <https://doi.org/10.1080/09540120601114832>
- Ghahramani, N., Mirzapour, P., Eslambeik, T., Sheykhi, M., Alikarami, S., Boosiraz, A., & Ali, S. (2025). The Role of Peer Groups in HIV Case Finding, Diagnosis, Care, and Treatment : A Qualitative Study. *Acta Medica Iranica*, 63(4). <https://doi.org/10.18502/acta.v63i4.20172>
- Hernandez, R., & Petronio, S. (2020). “Starting that Conversation Is Even Harder than Having It”: Female Patients’ Perceptions of Physicians’ Communication Competence in Communication about Sexual Behavior. *Journal of Health Communication*, 25, 917–924. <https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1864518>
- Holliday, R. C., Phillips, R., & Akintobi, T. H. (2020). A community-based participatory approach to the development and implementation of an HIV health behavior intervention: Lessons learned in navigating research and practice systems from project HAPPY. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020399>
- Humphries, D. L., Marotta, P., Wang, V., Gross, G., Rucker, D., Jones, J., Alam, F., Brown, T., Spiegelman, D., & Carter, C. R. (2025). *St . Louis enhancing engagement and retention ( STEER ) in HIV / AIDS care : a participatory intersectional needs assessment for intervention and implementation planning*. June, 1–16. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1589671>
- Isyaku, S. L. (2024). Impacts of health communication on HIV/AIDS prevention on adolescents in Katsina State, Nigeria. *Direct Research Journal of Social Science and Educational Studies*, 12(1), 1–17. <https://doi.org/10.26765/drjsses11751037>
- Jackson-best, F. (2018). *Stigma and intersectionality : a systematic review of systematic reviews across HIV / AIDS , mental illness , and physical disability*. 1–19.
- Joorbonyan, H., Ghaffari, M., & Rakhshanderou, S. (2022). Peer-led theoretically Desinged HIV / AIDS prevention intervention among students : a case of health belief model. *BMC Public Health*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12445-6>
- Kemenkes. (2025, June 21). *Berani Tes, Berani Lindungi Diri, Kemenkes Targetkan Eliminasi HIV dan IMS Tahun 2030*.
- Khamid, M. N., Pamungkasari, E. P., Demartoto, A., & Rokhmah, D. (2022). The Dimensions of the Structure of MSM with HIV toward the Prevention of HIV and AIDS Transmission: A Qualitative Study. *International Applied Science*, 1(2), 99–107. <https://doi.org/10.32528/ias.v1i2.167>
- Lee, J. J., Robles, G., Vera, C. A. L., Orellana, E. R., Graham, S. M., Nguyen, A., Wei, Y., & Lee, J. J. (2023). A Peer-Based Intervention to Increase HIV and Sexually Transmitted Infection Testing Among Latinx Immigrant Sexual Minority Men in the US Pacific Northwest : Pilot Randomized Controlled Trial Conducted During the COVID-19 Pandemic Corresponding Author : *JMIR Formative Research*, 7, 1–13. <https://doi.org/10.2196/45871>
- Mabuie, M. A. (2020). Role of peer educators in behaviour change communication interventions for HIV prevention among people who inject drugs: systematic review

- p>article.
- Technium Social Science Journal*
- , 10, 189–200.
- 
- <https://doi.org/10.47577/tssj.v10i1.1404>
- Marotta, P., Carter, C. R., Hu, Y., Wang, V., Rucker, D., Jones, J., Gross, G., Brown, T., Spiegelman, D., & Humphries, D. L. (2024). “They need people to actually show up in their lives:” deploying community health workers to improve mental health and substance use outcomes among PLWH. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 22(5), 1–23. <https://doi.org/10.1080/15381501.2024.2385988>
- Morgan, J., Schwartz, C., Ferlatte, O., Mniszak, C., Lachowsky, N., Jollimore, J., Hull, M., Knight, R., & Morgan, J. (2020). Community - Based Participatory Approaches to Knowledge Translation : HIV Prevention Case Study of the Investi gay tors Program. *Archives of Sexual Behavior*, January 2018. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01789-6>
- Mwamba, C., Beres, L. K., Mukamba, N., Jere, L., Foloko, M., Lumbo, K., Sikombe, K., Simbeza, S., Mody, A., Pry, J. M., Holmes, C. B., Sikazme, I., Moore, C. B., Christopoulos, K., Sharma, A., & Geng, E. (2023). Provider perspectives on patient-centredness participatory.pdf. *Journal of the International AIDS Society*, 26(1), 52–61. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jia2.26114> RESEARCH
- Nguyen, H. V, Le, G. M., Nguyen, S. M., Tran, M. N., & Ha, N. M. (2012). The effect of participatory community communication on HIV preventive behaviors among ethnic minority youth in central Vietnam. *BMC Public Health*, 12(1), 170. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-170>
- Parker, W. M., & Becker-Benton, A. (2016). Experiences in Conducting Participatory Communication Research for HIV Prevention Globally: Translating Critical Dialog into Action through Action Media. *Frontiers in Public Health*, 4(June), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00128>
- Rajabiun, S., Baughman, A., Sullivan, M., Poteet, B., Downes, A., Ann, J., Davich, W., Phillips, S., Jackson, P., & Miles, L. (2021). *A Participatory Curricula for Community Health Workers and Supervisors to Increase HIV Health Outcomes*. 9(July), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.689798>
- Rhodes, S. D., Alonzo, J., Mann-Jackson, L., Song, E. Y., Tanner, A. E., Garcia, M., Smart, B. D., Baker, L. S., Eng, E., & Reboussin, B. A. (2020). A peer navigation intervention to prevent HIV among mixed immigrant status Latinx GBMSM and transgender women in the United States: Outcomes, perspectives and implications for PrEP uptake. *Health Education Research*, 35(3), 165–178. <https://doi.org/10.1093/her/cyaa010>
- Ronen, K., Grant, E., Copley, C., Batista, T., & Guthrie, B. L. (2020). Peer Group Focused eHealth Strategies to Promote HIV Prevention, Testing, and Care Engagement. *Current HIV/AIDS Reports*, 17(5). <https://doi.org/10.1007/s11904-020-00527-w>
- Taggart, T., Ritchwood, T., Nyhan, K., & Ransome, Y. (2021). Messaging matters: achieving equity in the HIV response through public health communication. *The Lancet. HIV*, 8 6. [https://doi.org/10.1016/s2352-3018\(21\)00078-3](https://doi.org/10.1016/s2352-3018(21)00078-3)
- Wutun, M., Amah, M., Manafe, Y. D., & Nafie, J. A. (2023). Penerapan Jurnalisme Empati Dalam Berita HIV/AIDS (Studi Fenomenologi Pada Jurnalis Peduli AIDS). *Jurnal Communio: Jurnal Ilmu Komunikasi*, 12(1), 146–159. <https://doi.org/https://doi.org/10.35508/jikom.v12i1.8785>