

I. Lampiran Hasil Wawancara Dengan Pelaku (selain pasien) di Lingkungan Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo Magelang.

A. Hasil wawancara dengan Pak Widodo selaku perawat psikiatris di bangsal P3/Kelas, jum'at tgl 4 April 2003 jam 19.00. wib.

1. Respon pasien mental terhadap tata ruang dalam ?

Tidak sama antara satu pasien dengan yang lainnya sehingga ada penyelesaian yang berbeda. Sebagai contoh dulu tidak ada teralis namun setelah ada masukan dari berbagai pihak maka di berikan teralis karena dulu banyak pasien yang tenang sekalipun melarikan diri apalagi yang gaduh.

2. Seperti apa kondisi pasien yang tidak stabil.?

Ketika berontak ada yang bersikeras ingin kembali pulang atau melarikan dirisehingga ada cara dengan di fiksasi atau pengikatan.

3. Pasien yang terlukai dan melukai oleh tata ruang dalam ?

Terlukai ?

yang maksimal adalah bunuh diri dengan selimut pada teralis di ruang tidur

Melukai ?

Di bangsal P3 /Kelas 2 sudah diantisipasi dengan menyimpan secara baik barang-barang berbahaya di lemari, digudang dan dikunci yang dipegang oleh parawat.

Melarikan diri ?

Biasanya terjadi salah duga, pasien tenang dapat melarikan diri. Namun banyak yang melarikan diri melalui langit-langit dengan menggunakan tempat tidur yang didirikan kemudian merusak langit-langit dan melarikan diri melalui atap.

4. Reaksi terhadap dingin?

Pasien terhadap dingin relatif tenang dan tidur dengan nyenyak.

Namun ketika panas pasien akan sangat bereaksi keras dan menjadi gaduh dan gelisah.

5. Reaksi terhadap kepadatan ?

Sering terjadi keributan antar pasien ketika kapasitas ruangan penuh dimana pasien mengganggu pasien yang lain didalam ruangan tersebut dan biasanya keributan antara beberapa pasien menimbulkan keributan seluruh pasien.

6. Terhadap cahaya ?

Ada pasien yang ingin lampu dimatikan namun ada juga pasien yang tetap ingin lampu dinyalakan. Pada umumnya semua bangsal relative terang dan reaksinya tergantung kondisi ketika berada di rumah/keluarga.

7. Reaksi terhadap keributan/kebisingan ?

apabila ada kunjungan dalam jumlah yang besar biasanya pasien akan bereaksi dengan keras dan mencari perhatian dan biasanya terjadi keributan di bangsal tersebut.

8. Reaksi terhadap malam ?

relatif tenang dan istirahat pada malam hari.

9. Reaksi terhadap angin. ?

relatif tidak ada reaksi yang berlebihan.

10. Aktifitas makan dari pasien ?

Dapat mengikuti dengan baik, namun terkadang ada keributan antar pasien dengan membanting piring yang terbuat dari melamin, dan kejadian ini relatif banyak.

11. Reaksi terhadap sinar matahari ?

relatif menyukai dan tidak ada penolakan yang berarti sekali.

12. Reaksi terhadap perabotan-perabotan (lamari, bunga, lukisan dll) ?

cukup datar namun ada juga yang menyukai mungkin karena latar belakang keluarga (tidak dapat diprediksi)

13. Respon terhadap sesuatu yang tajam ?
secara teoritis benda tajam akan dihindarkan sehingga hampir tidak ada benda tajam diruangan bangsal P3/Kelas 2 karena da kekhawatiran melukai dan dilukai terhadap benda-benda tajam tersebut.
14. Warna yang disukai pasien mental ?
warna-warna yang tenang dan memberikan kesejukan, warna biru dan putih selama ini cukup disukai.
15. Respon terhadap teralis. ?
paling banyak digunakan untuk bunuh diri dan melarikan diri melalui langit-langit.
16. Respon terhadap besi,tali,dll
Pernah ada besi yang terlepas dan diambil oleh pasien mental pada tata ruang dalam dan ternyata di fungsikan untuk memukul pasien mental yang lain sampai berdarah dan tidak sadarkan diri.
17. Reaksi pasien terhadap pengunjung
Pasien yang tenang relative menerima dengan baik, namun pasien yang gadung akan bereaksi dengan mencari perhatian dan rebut ketiak ada kunjungan dari orang luar.
18. Keributan antar pasien ?
Ketika terjadi kepadatan di ruang tidur yang berlebihan maka terjadi keributan dan keributan juga terjadi ketika ada pasien yang ingin meminta sesuatu dg pasien lain namun tidak terpenuhi.
19. Seperti apa antisipasi terhadap keributan ?
Dengan hubungan ruang seperti ini akan dengan mudah diawasi dan diantisipasi dengan cepat ketika terjadi keributan.
20. Saran-saran terhadap RSJ sekarang ?
Ketinggian ruang perlu di kaji lagi karena banyak yang melarikan diri dari langit-langit, teralis di buat seperti tidak mengurung namun tetap kuat untuk keamanan dan tidak digunakan untuk bunuh diri.

21. Kecendrungan kembali ke unit pelayanan intensif.?

Biasanya pasien yang masuk ke rsj dan sudah mulai sadar lebih kersasan tinggal di RSJ dibandingkan pulang karena dimasyarakat terjadi penolakan terhadap mantan pasien tersebut.

22. Reaksi terhadap lantai ?

Lantai apabila ada genagan airnya cenderung lebih licin dan banyak pasien yang tejatuh karena lantai tersebut, dan lantai keramik seniri belum tentu lebih baik dibandingkan dengan lantai tegel biasa. Karena terkadang dibutuhkan gerakan yang cepat sehingga perlu diantisipasi.

23. Reaksi dikamar mandi ?

Yang tenang bisa menggunakan dengan baik, namun yang belum tenang dapat menggunakan saluran yang disediakan di ruang tidur untuk buang air kecil. Dan yang terjatuh dikamarmandi bnyak terjadi di golongan pasien mental manula.

24. Reaksi diruang tamu.

Relatif tenang ketika berinteraksi dengan keluarga. dan kelaurga yang mengawasi ketika berada diruang tamu.

B. Wawancara dengan Bapak Slamet Sutrisno perawat psikiatris di lingkungan RSJ Prof.dr.Soeroyo Magelang, jum'at tgl 04 April 2003 jam 20.30.wib.

1. Seperti apakah respon pasien dalam kondisi tidak stabil ?

Ada berbagai macam tingkah laku pasien mulai dari menggoyang/ berusaha merusak teralis pembatas pada kamar tidur, mendorong-dorong tempat tidur, berteriak, mondar-mandir tanpa tujuan, dll

2. Seperti apa respon pasien terhadap dingin ?

Ketika pasien tidak kebagian selimut bisanya akan terjadi keributan antar pasien.

3. Seperti apa respon pasien terhadap teralis ?
Teralis diusahakan dengan jeruji yang agak jarang sehingga pasien tidak merasa terisolasi atau terkurung.
4. Seperti apa respon pasien terhadap perabotan dalam hal ini tempat tidur yang ada di ruang tidur?
Tempat tidur pernah digunakan untuk bunuh diri dengan menggunakan pakaian yang diikatkan pada tempat tidur. dan tempat tidur juga pernah digunakan untuk melarikan diri melalui langit-langit.
5. Seperti apakah pengaruh lantai bangsal selama ini terhadap pasien mental ?
Ada pasien yang terjatuh karena lantai licin di kamar mandi dan ada beberapa diruangan-ruangan lain.
6. Seperti apakah reaksi pasien ketika dalam kondisi tidak stabil ketika berada diruang tidur ?
Paling gaduh membuat keributan dengan mendorong-dorong tempat tidur.
7. Reaksi pasien terhadap kepadatan seperti apa ?
Lebih sering sekali terjadi keributan antar pasien yang ingin istirahat dengan pasien yang kondisinya tidak stabil karena hal tertentu.
8. Seperti apakah pencahayaan di bangsal ini ?
Pencahayaan baik karena ventilasi udara baik. Dan cahaya dapat masuk dari banyak tempat..
9. Seperti apakah reaksi pasien terhadap pencahayaan buatan (lampu) ?
Pada malam hari pasien lebih senang menggunakan lampu dibandingkan gelap.
10. Seperti apakah reaksi pasien terhadap warna cat pada bangsal ini ?
Pasien lebih menyukai warna-warna sejuk dan menenangkan.
11. Biasanya faktor apa yang mendasari keributan antar pasien ?
Faktor makanan dan pakaian.

12. Biasanya pasien menggunakan apa ketika terjadi keributan antar pasien diruang makan ?

Ada yang menggunakan piring dll.

13. Seperti apakah pengamanan terhadap benda-benda tajam ?

Benda tajam diamankan diruang dokter dan ruang perawat diletakan didalam lemari dan dikunci yang kuncinya dipegang olah perawat.

14. Usulan/masukan terhadap bangsal yang ada selama ini ?

Akan lebih baik nyaman kalau pasien ditempatkan per kamar/ 3 orang namun kesulitan dalam pengawasannya yang membutuhkan banyak sekali perawat. Akan tetapi bangsal seperti sekarang ini lebih baik dari segi pengawasan namun kurang nyaman bagi pasien.

15. Permasalahan lain yang menjadi kendala bagi kenyamanan pasien ?

Permasalahan nyamuk yang banyak karena disekitar bangsal masih banyak pohon yang besar.

C. Wawancara dengan Ibu Sri , Psikolog/ahli psikologi klinis di lingkungan RSJ Magelang, Sabtu 5 April 2003 jam 09.00 wib.

1. Kenapa bangsal tidak dibuat dalam bentukan kamar-kamar ?

Untuk memudahkan pengawasan kepada pasien karena ada kekhawatiran pasien yang menalami halusinasi akan sangat berbahaya sekali.

2. Benda-benda apa saja yang dijauhkan dari pasien ?

Benda-benda tajam dan tali yang mungkin dugunakan untuk bunuh diri.

3. Seperti apakah reaksi pasien dalam tahap pengobatan ?

Bagi pasien yang baru bisanya ia tidak mersa SAKIT yang sakit justru lingkungannya sehingga diperlukan pengertian kepada pasien yang kontinu sehingga ia menyadari bahwa ia sakit.

4. Dalam kondisi tidak stabil seperti apakah reaksi pasien ?

Golongan gaduh gelisah memiliki reaksi yang bermacam-macam dan akan sangat bervariasi mulai dari menghantukan kepala ke dinding, ribut dengan pasien lain, dll

5. Kenapa ruang isolasi tidak ada lagi ?

Pada awal mulanya ada ruang isolasi namun karena sudah menjadi kesepakatan bahwa pasien yang gaduh akan dikirim ke UPI (unit pelayanan intensif) pria dan maksimal di Fiksasi.

6. Seperti apakah proses seleksi dari sisi psikolog klinis ?

Seleksi dari sisi kognitif (proses pikir)

Seleksi dari sisi emosional (tidak stabil/agresif)

Seleksi dari sisi konotif (kebersihan diri)

Seleksi dari sisi sosialisasi (hubungan dengan orang lain)

7. Seperti apakah bentuk pola pikir yang terganggu dari pasien ?

Orientasi dari pasien akan terganggu, tidak mengetahui waktu, tempat, ada halusinasi (ada waham yang sulit sekali diprediksi)

8. Sisi emosional yang terganggu akan berdampak seperti apakah ?

Akan ada waham curiga (paranoid) sehingga terjadi gangguan sosialisasi selain itu juga ada kesulitan melakukan aktifitas kebersihan.

9. Seperti apakah pengaruh ketinggian bangunan ?

Mungkin dengan bangunan yang cenderung monumental membuat pasien merasa kecil dan tak berdaya. Karena kebanyakan orang beranggapan bahwa pasien yang dulu sangat agresif namun ketika masuk di RSJ menjadi sangat penurut dan pasrah sekali.

10. Pengaruh warna selama ini seperti apakah ?

Warna-warna sejuk, sederhana, naturalis akan sangat membantu menenangkan pasien.

D. Hasil wawancara dengan Pak Yulianto selaku perawat psikiatris di bangsal P3/Kelas , sabtu tgl 26 April 2003 jam 13.30. wib

1. Respon pasien terhadap ruang ?
Pertama pasien masuk ke UPI setelah itu baru masuk ke bangsal – bangsal sesuai dengan kelasnya.
2. Pasien dalam kondisi tidak stabil seperti apa ?
Di injeksi kemudian tindakan yang paling akhir di fiksasi
3. Cici-ciri sebelum mulai gaduh ?
Berteriak, gaduh, gelisah, dari raut muka terlihat
4. Perabot dikamar tidur digunakan seperti apa ketika ngamuk ?
Di dorong-dorong, di dobrak-dobrak pintu dan lain-lain
5. Keributan antar pasien pernah terjadi ?
Kadang-kadang tergantung kondisi dan memukul dengan menggunakan tangan.
6. Pasien yang pernah melukai pasien lain dengan benda disekitarnya ?
Dulu pernah menggunakan tempat tidur dengan besi yang ada digunakan memukul.
7. Selain itu ada barang lain yang digunakan ?
Kebetulan barang-barang tidak menggunakan barang berbahaya, melainkan plastik dll jarang yang menggunakan kaca.
8. Pasien melarikan diri dari mana ?
Dari langit-langit melalui teralis
9. Reaksi terhadap dingin ?
Lebih menyukai hawa yang sejuk.
10. Respon terhadap sinar matahari?
lebih menyukai dan tidak berpengaruh
11. Benda-benda yang diamankan?
Disimpan ditempat-tempat aman dan dikunci selalu

12. Gudang posisinya bagaimana ?terkunci/tidak
Tidak selalu terkunci
13. Warna pengaruhnya selama ini?
Cat seharusnya menyesuaikan dalam kondisi bangsal apa
14. Akatifitas makan
Dapat mengikuti secara baik
15. Bunuh diri ?
Kebanyakan dari pasien tenag biasanya pasien yang putus asa dengan menggunakan selimut, celana panjang dengan menggunakan teralis.
16. Melarikan diri lebih banyak dari pasien-pasien apa ?
Pasien tenag .
17. Kamar rmandi perawat lebih banyak tidk terkunci/ tidak ?
Selalu terkunci
18. Ada Pasien yang pernah terjatuh ?
Biasanya karena tidak tahan obat drop tekanan darahnya
19. Yang bapak rasakan di RSJ Magelang ?
Posisi seperti ini kondisi kontrolnya baik. Kalau bisa Bangsal per kasus dan pewarnaan cat lebih baik, dan juga bagian langit langit di dobel.
20. Kondisi teralis bagaimana ?
Teralis menjadi dilema antara untuk menjaga keamanan dan bunuh diri. setiap malam ada diua perawat.yang jaga
21. Bagi pasien yang hendak kekamar mandi/wc bagaimana ?
Di buka ruang tidurnya dan pasien di latih kemandiriannya untuk ke kamar mandi/wc sendiri. Asalkan kondisi ruang belakang dan ruang makan sudah tertutup, namun ada juga pasien yang diantarkan. namun ada juga pasien yang alasan kekamar mandi namun sebenarnya ingin kabur.

E. Hasil wawancara dengan Pak Irianto selaku perawat psikiatris di bangsal P3/Kelas , jum'at tgl 26 April 2003 jam 13.30. wib

1. Diruang makan pernah terjadi seperti apa ?
Biasanya kurang komunikasi yang baik antara pasien dan perawat sehingga pasien marah dan menggunakan piring dan ada yang mukul perawatnya.
2. Reaksi diruang dokter dan ruang perawat ?
Benda-benda berbahaya sudah dimasukkan kedalam lemari dan peranan perawat menjadi utama untuk mengkontrol benda-benda berbahaya tersebut.
3. Pasien melarikan diri melalui elemen apa ?
Melalui eternit/langit-langit dikamar tidur.
4. Dikamarmandi rekasi pasien seperti apa ?
Terjatuh dan tergelicir sering terjadi
5. Pasien yang melarikan diri dari kamar mandi ?
Ketika aktifitas mandi
6. Hal-hal dilakukan untuk mengantisipasi keselamatan ?
Menjadi tanggung jawab perawat dan tergantung kondisi dilapangan namun harus dengan pendekatan yang baik.
7. Mengapa pola tidur ditentukan ?
Untuk memudahkan dan membiasakan pasien untuk istirahat ketika malam hari.

II. Lampiran Sejarah Rumah Sakit Jiwa Magelang¹.

Pada tahun 1916, Schoitens merencanakan untuk membangun suatu "Krankzinnigengesticht" (Rumah Sakit Jiwa) di Jawa Tengah dengan kapasitas 1400 tempat tidur. Banyak rintangan yang harus dihadapi sebelum rencana tersebut dapat dilaksanakan. Pada akhirnya pembangunan dapat dilaksanakan juga dan magelang ditetapkan sebagai lokasi oleh pemerintah belanda pada saat itu. Rumah sakit jiwa Magelang terletak 4 kilometer dari pusat kota Magelang ditepi jalan raya yang menghubungkan kota-kota : yogyakarta, semarang, dan purworejo dikelilingi gunung-gunung merapi, merbabu, andong, dan telomoyo disebelah timur, ungaran disebelah utara, sumbing serta menoreh disebelah sebelah barat dibukit tidar (pakunya pulau jawa) disebelah selatan. Semula adalah ""Krankzinnigengesticht kramat". Setelah beberapa perubahan sesuai dengan perkembangan waktu, baik sebelum dan sesudah kemerdekaan namanya menjadai rumah sakit jiwa magelang.namum nama kramat agaknya masih cukup melekat pada masyarakat.

Mengapa tempat ini disebut kramat berhubungan dengan erat dengan catatan bahwa konon sebelum dibangun sebagian daerah merupakan makam. Salah satu makam tersebut adalah Kyiai ponggol . Makam ini dianggap angker (Kramat) oleh masyarakat sekitar. Sebenarnya makam ini sudah dipindahkan sejauh kurang lenih 11 kilometer. Disebelah selatan kompleks rumah sakit jiwa. Tapi bekas makam tersebut sampai tahun 70 an masih dianggap keramat sehingga pada tiap malam jumat selalu ada orang yang memohon berkah. Ada kepercayaan bahwa mereka yang melangkahi tempat tersebut akan mendapat musibah misalnya dalam bentuk sakit jiwa dsb.

Tidak seperti biasanya, yaitu menunggu sampai seluruh bangunan, setiap bangsal yang selesai dibangun segera dihuni. Hal ini disebabkan datangnya pasien yang tidak henti-hentinya dari berbagai daerah. Bahkan ada

¹ Sumber didapatkan dari Bagian Diklat Rumah Sakit Jiwa Prof.dr. Soeroyo Magelang, pada saat melakukan survey 17 maret 2003

yang dikirim dari rumah sakit jiwa Lawang dan Bogor, yang keduanya sudah didirikan jauh sebelumnya.. sehingga terasa sekali betapa kurangnya ruangan bagi mereka. Menurut rencana seluruh bangunan rumah sakit sudah harus selesai pertengahan tahun 1923. untuk mencapai target tersebut para pasien dikerahkan. Termasuk pasien-pasien yang masih cukup berbahaya dan mengalami gangguan jiwa yang parah. Mereka dipekerjakan terutama untuk pekerjaan-pekerjaan seperti menggali tanah dan mengangkut batu-batu secara estafet dari Kali Progo, dapat dikatakan cara membangun rumah sakit ini seperti para transmigran yang harus membuka lahan dan sebagainya terlebih dahulu. Dalam hal ini yang diutamakan adalah pembangunan jalan dan bangsal.

Hal yang lain seperti membuka kebun kopi, sawah dan sebagainya menyusul kemudian. Pembangunan bangsal yang sengaja dipencar-pencar dan sampai sekarangpun masih ada, sudah termasuk amat modern waktu itu karena sudah mempertimbangkan keleluasaan gerak bagi penghuninya. Dan pertimbangan-pertimbangan lain yang mendukung untuk kesembuhan pasien. Dari uraian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa sumbangsih para pasien dalam pembangunan Rumah Sakit Jiwa Magelang relatif cukup besar, namun dari segi medis mereka agak dirugikan karena dengan cara pengerahan pasien seperti itu, terapi yang diterapkan adalah terapi kerja masal.

Beberapa tahun kemudian, setelah pembanguan dianggap selesai dan memadai, barulah diterapkan terapi kerja individual. Tetapi jenis ini waktu itu baru pertama kali diterapkan diindonesia oleh dr.J.C. Van Andel. Peresmian bangunan walaupun belum sepenuhnya selesai akhirnya dilaksanakan juga oleh direktur pertama RSJ Magelang yaitu dr. Engelhard pada pertengahan tahun 1923. pasien pada waktu itu sudah lebih dari 1100 orang dan dengan cepat melonjak menjadi lebih dari 1400 orang. Magelang sempat juga dikunjungi oleh psikiater ternama Kraeplin. Disamping hal pembangunan yang sudah diuraikan diatas telah dimulai juga program, pendidikan khusus perawat untuk penderita

penyakit jiwa. Kurikulumnya mencakup pendidikan perawat umum, ditambah hal-hal yang menyangkut medis psikologis, psikiatri, dan garis besar terapi kerja. Dengan kata lain pendidikan khusus ini merupakan pelopor dari Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Magelang yang ada di RSJ Magelang sekarang ini. Sepanjang berdirinya RSJ Magelang cukup banyak mengalami masa-masa sulit dan kejadian-kejadian pahit yang memperhatikan diantaranya:

- Pada tahun 1930, waktu gunung Merapi meletus dengan hebatnya, maka beberapa bangsal harus dikosongkan untuk menampung korban letusan Merapi itu, namun akibatnya banyak terjadi kerusakan pada bangunan dan peralatan, bahkan banyak juga yang hilang.
- Pada tanggal 22 April 1942 semua tenaga kerja warga negara Belanda, termasuk direktornya dr. P.J. Stigter ditahan oleh tentara Jepang sehingga terjadi kekosongan yang mengacau pengelolaan rumah sakit. Pimpinan rumah sakit pada waktu zaman Jepang dipegang oleh dr. Soerojo. Seperti yang terjadi pada umumnya waktu itu, harta benda rumah sakit jiwa Magelang tidak luput dari perampasan pihak Jepang, beras dan kopi dilumbung, gula pasir dari hasil perkebunan tebu, ikan dari kolam rumah sakit, semua diangkut untuk kepentingan tentara Jepang. Obat-obatan tidak tersedia, untuk menolong pasien dalam rumah sakit maupun penduduk dipergunakan ramuan tradisional. Pasien berpakaian bagor, kesehatan pasien sangat menyedihkan sehingga banyak yang meninggal dunia karena Hongkongdemam. Diperkirakan waktu itu jumlah pasien yang dirawat kurang dari 1000 orang sedang pegawai banyak yang keluar.
- Pada waktu proklamasi kemerdekaan, dentum kemerdekaan juga menggelora di rumah sakit jiwa Magelang, bahkan tiap tahun diadakan peringatan berdirinya republik. Tetapi keadaan ini segera berubah dengan masuknya tentara pendudukan Inggris/Gurkha/Nica ke Magelang. Suasana tegang menyelimuti Rumah Sakit Jiwa Magelang,

pegawai dan penduduk berjaga-jaga dengan bambu runcing, Rumah sakit Jiwa Magelang digunakan sebagai pos PMI cabang Magelang utara. Rumah direktur dipergunakan markas TKR pada waktu pertempuran disecang dan Ambarawa terjadi, RSJ Magelang mengirimkan obat-obatan dan tenaga kesehatan.

- Pada tahun 1946-1950 RSJ Magelang masih diliputi suasana yang tak menentu fungsi sebagai rumah sakit jiwa tidak dapat berjalan sebagai mana mestinya, beberapa bangsal terutama bagian depan dalam tahun-tahun tersebut pernah dipergunakan untuk asrama TKR, ALRI tempat penampungan keluarga kereta api, tempat pengungsian penduduk sekitar RS.

Disebutkan pula bahwa, kantor Hygiene pernah pula berkedudukan di RSJ Magelang selama masa tersebut RSJ Magelang kadang-kadang tidak luput sebagai ajang pertempuran maupun kekacauan. Semua keadaan ini menyebabkan kerusakan bangunan, hancurnya areal perkebunan (kopi, tebu), hilangnya pakaian pasien, perlengkapan terapi kerja dan alat hiburan seperti wayang dan gamelan. Demikian juga dengan arsip dan alat-alat kantor. Keadaan yang berlarut-larut tersebut membuat semangat kerja para karyawan menurun bahkan beberapa karyawan berhenti kerja.

Pada masa Trikora dan Dwikora juga cukup terasa di rumah sakit jiwa Magelang akibat penghematan anggaran belanja. Sampai-sampai halaman disekitar bangsal perlu ditanamai ubi, kacang, dsb. Untuk tambahan bahan makanan juga sebagian tanah (kebun kopi) diambil alih oleh pihak Hankam sehingga mulai saat itu luas areal yang semula 82975 Ha 74138 Ha. Namun kemudian dengan adanya repelita keadaan RSJ Magelang berangsur-angsur membaik praktis disegala bidang.

Akan tetapi, masih ada yang belum dapat dikembalikan seperti keadaan semula misalnya: perikanan belum dapat dilaksanakan lagi karena areal RSJ Magelang tidak lagi mencapai aliran irigasi yang memadai. Dalam rangka

repelita RSJ magelang mendapat areal tanah untuk penyediaan air bersih 0,945 Ha. Sebelumnya air bersih didapatkan dari PAM Magelang tetapi sejak zaman jepang tidak berjalan lagi.



III.Lampiran Foto-Foto Kondisi bangsal P3/Klas 2²



Tampak depan Bangsal P3/Klas 2



Tampak Samping Bangsal P3/Klas 2



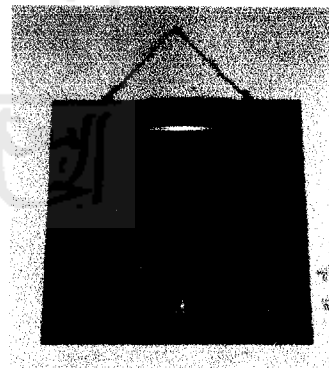
Tampak Belakang Bangsal P3/Klas 2



Perabotan berupa timbangan badan yang terdapat di ruang makan

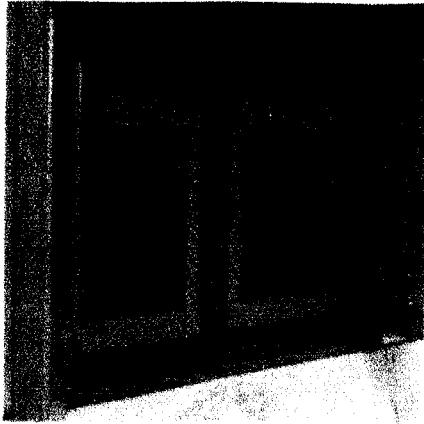


Kondisi gudang di Bangsal P3/Klas 2

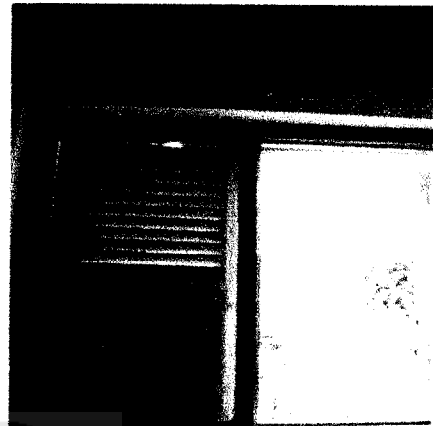


Perabotan berupa kaca yang terdapat di ruang makan

² Foto didapatkan ketika melakukan survey di Rumah Sakit Jiwa Prof.dr. Soeroyo Magelang, pada saat 04 april dan 26 april 2003.



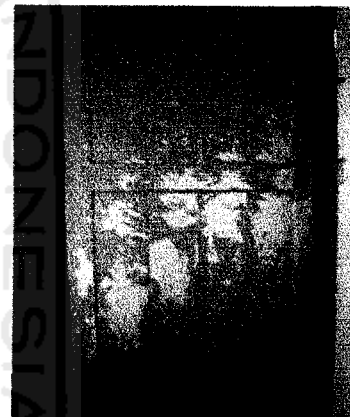
Jendela yang terdapat di ruang dokter



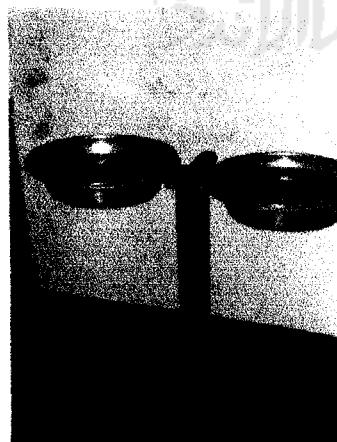
Jendela yang terdapat di ruang perawat



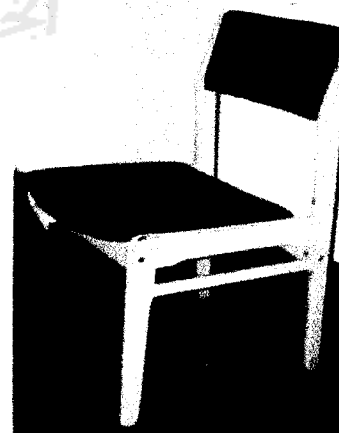
**Pintu pada gudang di
Bangsal P3/Klas 2dokter**



**Pintu pada Kamar mandi
di bangsal P3/Klas 2**



**Perabotan cuci tangan dokter
Yang terdapat di ruang makan**



**Kursi yang terdapat di ruang
makan dan ruang medis**

KALA BERMAKNA

1998

1. peserta pekan ta'aruf universitas dan fakultas
2. peserta Forum Komunikasi Arsitektur 1998
3. Sekretaris KOSEMA 98 (koordinatorseluruh mahasiswa)

1999

1. panitia pekan ta'aruf 1999 divisi perlengkapan
2. panitia Forum Komunikasi Arsitektur 1999 divisi Humas
3. tim delegasi UII pada TKI-MAI ke XVI di Semarang
4. panitia dan peserta Training Manajemen Organisasi
5. panitia seminar nasional NAPZA divisi Pubdekdok
6. panitia Gelar seni amal harapan divisi Pubdekdok

2000

1. Ketua Umum Himpunan Mahasiswa Arsitektur "mimar" Periode VI Thn 2000-2002
2. ketua umum OC pekan ta'aruf FTSP UII
3. panitia porseni dan inagurasi divisi pubdekdok
4. peserta studi Ekskursi bersama AMI
5. SC forum komunikasi arsitektur 2000
6. peserta pameran dalam gelar karya mahasiswa di benteng Vredeburg.

2001

1. pimpinan delegasi HMA UII pada Raker IMAYOG I di atmajaya.
2. SC Pekan ta'aruf FTSP UII komisi B.
3. Pengisi acara pada peringatan hari bumi
4. kkn di kali code sebagai koordinator desa.

2002

1. anggota dewan advokasi Pekan ta'aruf FTSP UII
2. panitia Keamanan malam Inagurasi UII
3. Penganggung jawab pameran fotografi "architecture in frame"
4. Penanggung jawab KKL ke Bali.
5. panitia dan peserta seminar nasional arsitektur pinggiran.
6. peserta dan panitia festival anak dan pusaka jogjakarta.

[membuka semua.....]

1. banteng,mino dan gentan.....
 2. perjalanan arsitektur ke ITB;UNPAR Thn 1999
 3. ketua delegasi pameran di mercubuana jakarta
 4. perjalanan fotografi ke malang dan surabaya
 5. perjalanan fotografi ke Semarang
 6. himpunan mahasiswa arsitektur "mimar" periode VI
 7. menulis di solid edisi khusus pekan ta'aruf ftsp UII 2000
 8. menulis di solid edisi # 2 tahun 2001
8. tugas akhir di bimbing DR.IR. Titien Saraswati.M.Arch.