

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Halusinasi

a. Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar, suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus ekstrem atau persepsi palsu (Prabowo, 2014). Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, sehingga klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (Stuart dalam Azizah, 2016).

Menurut Lagerquist (2017), halusinasi adalah sensori palsu tanpa rangsang eksternal. Klien merasakan halusinasi sebagai sesuatu yang amat nyata, paling tidak untuk suatu saat tertentu. Menurut Maramis (2015), halusinasi adalah merupakan gangguan persepsi di mana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Menurut Leksikon WHO (2014), halusinasi merupakan suatu persepsi sensorik dari berbagai modalitas sensorik yang timbul tanpa adanya rangsang eksternal yang sesuai.

b. Jenis – jenis Halusinasi

Menurut Yosep dalam Prabowo (2014), halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya :

1) Halusinasi pendengaran (audiotorik)

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

2) Halusinasi pengelihatan (visual)

Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometric, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.

3) Halusinasi penghidu (Olfactori)

Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidu bau harum.

4) Halusinasi peraba (taktil)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atautidak enak tanpa ada stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

5) Halusinasi pengecap (gustatorik)

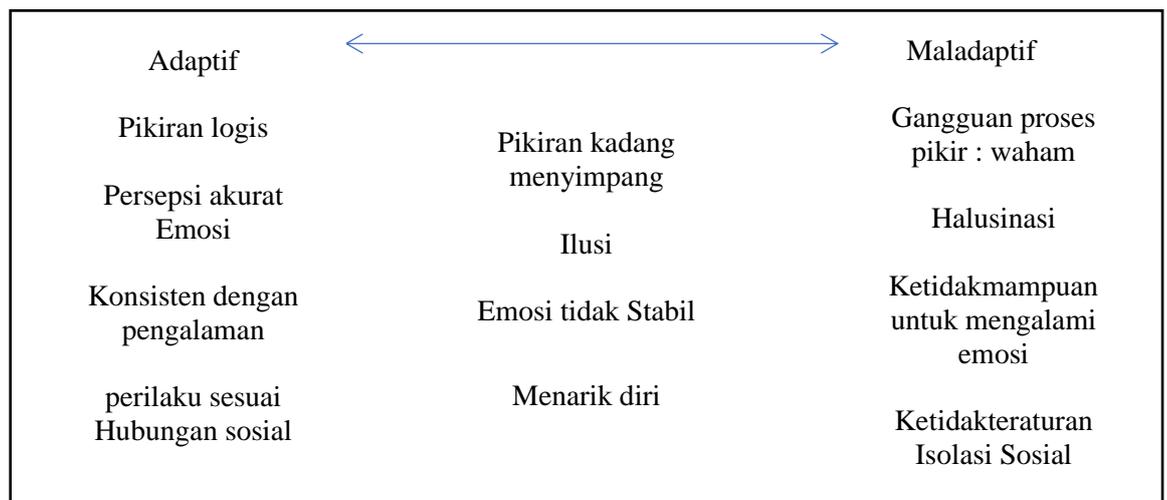
Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasaan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan

6) Halusinasi sinestetik

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan uri.

c. Rentang respon neurobiologis

Rentang respon neurobiologis yang paling adaptif yaitu adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi yang konsisten dengan Maladaptif Pikiran logis Pikiran kadang menyimpang Gangguan proses Persepsi akurat Ilusi pikir : waham emosi konsisten emosi tidak stabil halusinasi dengan pengalaman Ketidakmampuan Perilaku sesuai Menarik diri untuk mengalami Hubungan Sosial emosi Ketidak teraturan Isolasi sosial pengalaman, perilaku cocok, dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sedangkan, respon maladaptive yang meliputi waham, halusinasi, kesukaran proses emosi, perilaku tidak terorganisasi, dan isolasi sosial. Rentang respon neurobiologis halusinasi digambarkan sebagai berikut (Stuart, 2013)



Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis Halusinasi Adaptif

d. Faktor Penyebab Terjadinya Halusinasi

Stuart (2016) menjelaskan bahwa faktor penyebab terjadinya halusinasi yaitu :

1) Faktor Predisposisi

a) Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan dengan penelitian-penelitian sebagai berikut :

- Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- Beberapa zat kimia di otak seperti dopamine neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atrofi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atrofi korteks bagian depan dan atrofi otak kecil (cerebellum). Temuan dan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post mortem).

b) Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

c) Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stres.

2) Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stresor dan masalah koping dapat mengidentifikasi kemungkinan kekambuhan.

a) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

b) Stres lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku

c) Sumber coping Sumber coping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stresor.

e. Proses Terjadinya Halusinasi

Halusinasi yang dialami pasien bisa berbeda intensitas dan keparahannya. Semakin berat fase halusinasinya, pasien semakin berat mengalami ansietas dan makin dikendalikan oleh halusinasinya. Berikut 4 fase halusinasi menurut Sutejo (2017):

1) Fase I *Comforting* (Halusinasi menyenangkan)

Pasien mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, takut sehingga mencoba untuk berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietas. Individu menganali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani. Gejala yang dapat terlihat seperti tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal lambat jika sedang asyik dan diam serta asyik sendiri (non psikotik).

2) Fase II *Condemning* (Halusinasi menjadi menjijikkan)

Pengalaman sensori yang menjijikkan, pasien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan, menarik diri dari orang lain, merasa kehilangan kontrol,

tingkat kecemasan berat. Gejala yang dapat terlihat seperti meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas, rentang perhatian menyempit, asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusiansi dan realita, menyalahkan, menarik diri dengan orang lain dan konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja (non psikotik).

Wicaksono (2017), teknik distraksi sangat berpengaruh pada pasien yang mengalami gangguan jiwa terutama halusinasi pendengaran yang dilakukan dengan cara mengalihkan perhatian pasien dan menurunkan tingkat kewaspadaan pasien ke hal lain sehingga stimulus sensori yang menyenangkan dapat merangsang sekresi endorphen dan sudah berhasil dilakukan, ditandai dengan klien mampu mengontrol rasa takut saat halusinasi muncul. Teknik distraksi tersebut antara lain teknik menghardik, melakukan kegiatan secara terjadwal dan bercakap-cakap dengan orang lain.

3) Fase III *Controlling* (Pengalaman sensori jadi berkuasa)

Pasien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut, isi halusinasi menjadi menarik, pasien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusiansi berhenti. Gejala yang dapat terlihat seperti kemauan yang dikendalikan halusinasi akan diikuti, kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, adanya

tanda-tanda fisik ansietas berat: berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah, dan isi halusinasi menjadi atraktif (psikotik).

- 4) Fase IV *Conquering* (Umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya) Pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasinya, halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik. Gejala yang dapat terlihat seperti perilaku eror akibat panik, potensi kuat *suicide* atau *homicide* aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, atau katatonik, dan tidak mampu merespon lebih dari satu orang (psikotik).

f. Tanda dan gejala halusinasi

Menurut (Azizah, 2016) tanda dan gejala perlu diketahui agar dapat menetapkan masalah halusinasi, antara lain:

- 1) Berbicara, tertawa, dan tersenyum sendiri
- 2) Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
- 3) Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
- 4) Disorientasi
- 5) Tidak mampu atau kurang konsentrasi
- 6) Cepat berubah pikiran
- 7) Alur pikiran kacau
- 8) Respon yang tidak sesuai .
- 9) Menarik diri

10) Sering melamun

g. Penatalaksanaan Pasien Halusinasi

1) Penatalaksanaan Medis

a) Psikofarmakoterapi

- Golongan butirefenon

Haldol, serenace, ludomer. Pada kondisi akut biasanya diberikan dalam bentuk injeksi 3 x 5 mg ,IM. Pemberian injeksi biasanya cukup 3 x 24 jam. Setelahnya klien bisa diberikan obat per oral 3 x 1,5 mg (Yosep, 2016)

- Golongan Fenotiazine

Chlorpromazine/ largactile/ promactile. Biasanya diberikan per oral. Kondisi akut biasanya diberikan 3 x 100 mg. apabila kondisi sudah stabil dosis dapat dikurangi 1 x 100 mg pada malam hari saja (Yosep, 2011)

b) Psikoterapi

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang *grandmall* secara *aetificial* dengan melewati aliran listrik melalui *electrode* yang dipasang pada satu atau dua temples. Terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule / detik (Yosep,2016).

c) Rehabilitasi

Terapi kerja baik untuk mendorong penderita bergaul dengan orang lain, penderita lain, perawat, dan dokter. Maksudnya supaya pasien tidak mengasingkan diri lagi karena bila menarik diri pasien dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Diajarkan penderita untuk menadakan permainan atau pelatihan Bersama (Yosep, 2016).

2) Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan kepada klien dengan halusinasi yaitu dengan memberikan terapi modalitas, yaitu suatu proses pemulihan fungsi individu / klien terhadap kebiasaan – kebiasaan fisik, mental, sosial, ekonomi dan pekerjaan, menuju kemampuan sebelumnya / ke tingkat yang memungkinkan klien dapat hidup wajar dalam keluarga dan masyarakat (Depkes, 2013). Terapi modalitas yang dapat dilakukan pada klien dengan halusinasi menurut Budi Anna Keliat (2014) yaitu :

a) Terapi lingkungan (*Milieu Therapy*)

Terapi melalui lingkungan fisik dan sosial yang ditata agar dapat membantu pemulihan / penyembuhan klien. terdiri atas:

- Fisik, menciptakan lingkungan aman, nyaman dan setting ruangan disesuaikan kondisi dan tingkat perkembangan.
- Intelektual, menciptakan kejelasan stimulus lingkungan dan sikap.
- Sosial, mengembangkan pola intreraksi yang positif.

- Emosional, mengembangkan iklim emosi positif, sikap jujur, empati, peka terhadap perasaan dan kebutuhan klien.
- Spiritual, mengembangkan penguatan terhadap perilaku positif dan menyediakan sarana ibadah.

b) Terapi kognitif

Merupakan salah satu bentuk terapi dimana klien diajak untuk menganalisa, mengingat dan memecahkan masalah dengan tingkat kesulitan tertentu sesuai dengan kemampuan klien, misalnya menganalisa sebuah gambar dan menceritakan kembali sesuai dengan persepsi klien.

c) Terapi Keluarga

Seluruh keluarga disertakan sebagai unit penanganan klien, semua masalah keluarga diidentifikasi dan identifikasi kontribusi masing – masing anggota terhadap masalah yang dialami klien

d) Terapi Aktifitas Kelompok

Terapi modalitas keperawatan, aktivitas sebagai terapi, kelompok sebagai target dan kelompok berupa kumpulan klien dengan masalah keperawatan yang sama.

e) Terapi Perilaku

Terapi yang bersumber dari teori psikologi tingkah laku (*behavior psychology*) yang mempergunakan stimulus dan respon sebagai modus operandi dengan pemberian stimulus yang positif akan timbul respon positif. Terapi tingkah laku banyak sekali jenisnya, yang

diakui sesuai untuk klien skizofrenik adalah terapi tingkah laku yang mempergunakan token economy. Secara sederhana dapat diartikan bahwa bila klien mau bertingkah laku positif, ia akan memperoleh token yaitu hadiah yang menyenangkan. Bila sering diulang akan terkondisi untuk bertingkah laku positif.

f) Terapi Individu

Terapi individu yaitu salah satu terapi secara individu oleh perawat kepada klien dengan masalah keperawatan tertentu (Akemat, 2014). Merubah perilaku maladaptif klien halusinasi menjadi adaptif dengan terapi individu (Modul MPKP Jiwa, 2016). Terapi individu mempunyai lima tujuan yaitu membina hubungan saling percaya perawat – klien, membantu klien mengenali halusinasi, melatih klien mengontrol halusinasi, menggunakan obat secara teratur, mendapat dukungan dari keluarga.

2. Terapi Individu

a. Pengertian Terapi Individu

Terapi yang dilakukan secara individu oleh perawat kepada klien dengan masalah keperawatan tertentu, sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai (Akemat, 2014). Pelaksanaan terapi individu tidak terlepas dari komunikasi karena komunikasi merupakan sarana untuk mencapai hubungan yang terapeutik, semua perilaku adalah komunikasi dan semua komunikasi mempengaruhi perilaku.

b. Penatalaksanaan Terapi individu

Penatalaksanaan terapi individu pada klien halusinasi Yosep & Sutini (2014), meliputi :

1) Membantu pasien mengenali halusinasi

Perawat mencoba menanyakan pada pasien tentang isi halusinasi (apa yang ingin didengar atau dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan pasien saat halusinasi muncul.

2) Melatih pasien mengontrol halusinasi

Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi perawat dapat mendiskusikan empat cara mengontrol halusinasi pada pasien. Keempat cara tersebut meliputi :

a) Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Kalau ini bisa dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya. Tahapan ini meliputi:

- Menjelaskan cara menghardik halusinasi
- Memperagakan cara menghardik
- Meminta pasien memperagakan ulang
- Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien.

- Menggunakan obat secara teratur
- Bercakap-cakap dengan orang lain
- Melakukan aktifitas terjadwal

b) Melatih pasien menggunakan obat secara teratur

Agar pasien mampu mengontrol halusinasi maka perlu dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Klien gangguan jiwa yang dirawat di rumah seringkali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisiseperti semula akan lebih sulit. Berikut ini tindakan keperawatan agar klien patuh menggunakan obat :

- Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa
- Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program
- Jelaskan akibat bila putus obat
- Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat
- Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 8 (delapan) benar.

c) Melatih bercakap cakap dengan orang lain Mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

d) Melatih pasien beraktivitas secara terjadwal

Libatkan pasien dalam terapi modalitas untuk mengurangi risiko halusinasi yang muncul lagi adalah dengan menyibukan diri dengan bimbingan klien membuat jadwal yang teratur, dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan memiliki banyak waktu luang yang seringkali mencetuskan halusinasi. Oleh sebab itu, pasien yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu

3) Melibatkan keluarga dalam tindakan

Diantara penyebab kambuh yang paling sering adalah faktor keluarga dan pasien sendiri. Keluarga adalah *support system* terdekat dan 24 jam bersama-sama dengan klien. Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mandiri dan patuh mengikuti program pengobatan. Salah satu tugas perawat adalah melatih keluarga agar mampu merawat pasien gangguan jiwa di rumah. Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga. Informasi yang perlu disampaikan kepada keluarga meliputi:

- a) Pengertian halusinasi
- b) Jenis halusinasi yang dialami oleh pasien
- c) Tanda dan gejala halusinasi
- d) Proses terjadinya halusinasi
- e) Cara merawat klien halusinasi

- f) Cara berkomunikasi
- g) Pengaruh pengobatan dan cara pemberian obat
- h) Pemberian aktivitas kepada pasien
- i) Sumber-sumber pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau
- j) Pengaruh stigma masyarakat terhadap kekambuhan

c. Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan suatu hubungan perawat dengan pasien yang dirancang untuk mencapai tujuan *therapy* dalam pencapaian tingkat kesembuhan yang optimal dan efektif dengan harapan lama hari rawat pasien menjadi pendek dan dipersingkat (Muhith & Siyoto, 2018).

Komunikasi Terapeutik memiliki empat tahap seperti tahap pra interaksi, orientasi atau pengenalan, kerja dan terminasi (Stuart, 2016). Empat tahap tersebut harus dipahami dan dilakukan oleh perawat dalam melakukan perawatan kepada pasien. Adapun tugas yang harus diselesaikan pada setiap tahap antara lain :

1) Tahap Prainteraksi

Praiteraksi merupakan masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan pasien. Perawat diharapkan tidak memiliki prasangka buruk kepada pasien, karena akan mengganggu dalam membina hubungan saling percaya. Dalam tahap ini perawat harus banyak mengeksplorasi diri terhadap perasaan diri sendiri seperti ansietas, ketakutan dan keraguan. Eksplorasi diri dilakukan dengan

tujuan, supaya perawat lebih siap dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan klien.

Tugas perawat dalam tahap ini adalah sebagai berikut:

- a) Mengumpulkan informasi tentang klien (alasan masuk, riwayat kesehatan, diagnose medis dan lain sebagainya).
- b) Mencari referensi yang berkaitan dengan masalah klien
- c) Mengeksplorasi perasaan, ketakutan dan fantasi.
- d) Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri.

2) Tahap Orientasi/Perkenalan

Pada tahap ini perawat dan pasien pertama kali bertemu sehingga perawat sebaiknya mulai mengembangkan hubungan komunikasi interpersonal yaitu dengan memberikan salam, senyum, memperkenalkan diri, menanyakan nama pasien dan menanyakan keluhan pasien. Tugas perawat dalam hal ini meliputi :

- a) Membina rasa saling percaya, pengertian, penerimaan dan komunikasi terbuka
- b) Merumuskan kontrak dengan klien yang meliputi saling memperkenalkan diri, penjelasan peran, tanggung jawab, topic pembicaraan, harapan dan tujuan interaksi, kerahasiaan, waktu dan tempat interaksi.

3) Tahap Kerja

Tahap ini merupakan tahap dimana kerja sama terapeutik antara perawat dan klien paling banyak dilakukan. Perawat memfokuskan arah pembicaraan pada masalah khusus yaitu tentang keadaan pasien dan keluhan-keluhan pasien. Selain itu, hendaknya perawat juga melakukan komunikasi interpersonal dengan sering berkomunikasi dengan pasien, mendengarkan keluhan pasien serta memberikan anjuran kepada pasien untuk makan, minum obat yang teratur dan istirahat teratur dengan tujuan penyembuhan. Selain itu, perawat juga berperan dalam menghilangkan atau mengurangi tingkat kecemasan pada klien, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab terhadap diri sendiri, serta mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Perubahan perilaku yang adaptif menunjukkan bahwa tujuan pada tahap ini telah tercapai.

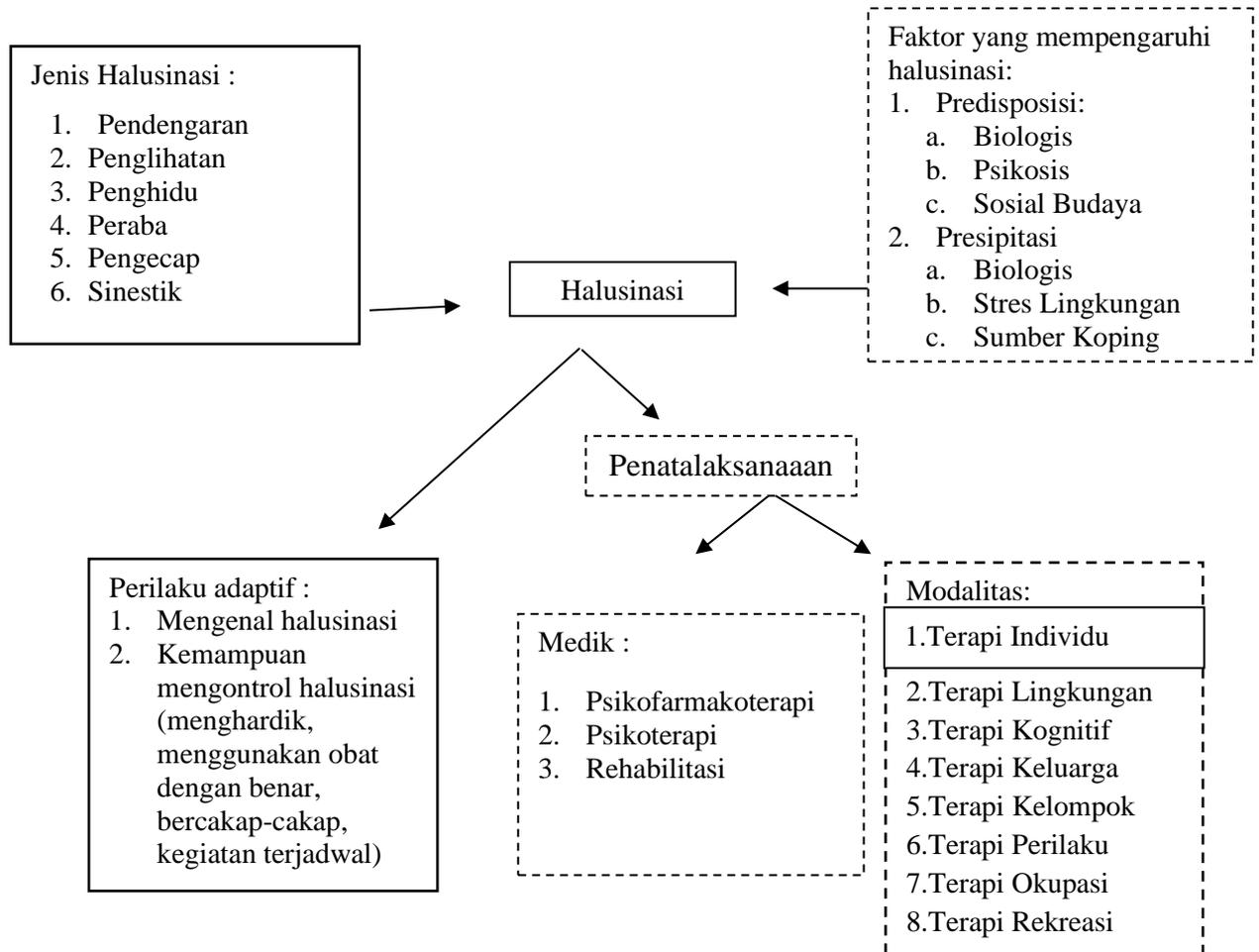
4) Tahap Terminasi

Terminasi merupakan tahap akhir dalam komunikasi interpersonal dan akhir dari pertemuan antara perawat dengan pasien. Ini merupakan tahap yang sulit namun sangat penting. Tahap ini merupakan waktu untuk mengubah perasaan dan mengevaluasi kemajuan klien. Terminasi terbagi menjadi dua yaitu :

- a) Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan antara perawat dan pasien dan sifatnya sementara karena perawat akan menemui pasien lagi, apakah satu atau dua jam atau mungkin besok akan kembali melakukan interaksi. Terminasi menetap merupakan

terminasi yang terjadi jika pasien akan keluar atau pulang dari rumah sakit, sehingga perawat tidak akan bertemu lagi dengan klien

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka teori

Sumber : Keliat (2014), Stuart (2016)

Keterangan:

⋯ : Tidak diteliti

▭ : Diteliti

Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

C. Hipotesis

Berdasarkan diskripsi teori dan kerangka konsep sebagaimana telah dirumuskan di atas, maka hipotesis yang penulis ajukan adalah Ada pengaruh terapi individu terhadap kemampuan pasien mengontrol halusinasi di Ruang Sub Akut Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta .