

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara konsep dasar dan kasus utama pada Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn. S, khususnya Ny. S umur 69 tahun dengan masalah hipertensi di dukuh Gejagan RT03/RW12, Gemblegan, Kalikotes, Klaten. Pembahasan ini meliputi meliputi pengkajian, diagnosa, skoring, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pada pengkajian tanggal 17 April 2017 pada keluarga Tn.S, khususnya Ny. S di dapatkan data fokus sebagai berikut: data subyektif yaitu Ny. S mengatakan kepalanya sering pusing jika hipertensinya kumat. Dengan diagnosa medis hipertensi di dapat data sebagai berikut. Data obyektif yaitu tekanan darah 140/100 mmHg, N : 90x/menit, R: 22x/menit. Pengkajian dengan diagnosa medis hipertensi didapatkan data sebagai berikut: Ny. S mengatakan mempunyai penyakit hipertensi sejak tahun 2011, Ny. S mengatakan pada tahun 2011 juga pernah terdiagnosa stroke dan dirawat di RSI Klaten sampai untuk bicara saja pelo dan badan tidak bisa digerakkan.

Ny. S mengatakan tidak pernah melakukan olah raga. Ny. S mengatakan setiap hari mengkonsumsi obat Hipertensi yaitu Amlodipin 5mg 1x1 dan Valesco 40mg 1x1. Ny. S mengatakan rutin kontrol setiap bulannya di RSI Klaten, patuh diet agar hipertensinya tidak kambuh. Ny. S mengatakan memasak makanannya sendiri di rumah dan sangat jarang untuk membeli makanan di luar rumah. Keluarga mengatakan mendukung terhadap perawatan Ny. S dengan memperhatikan kesehatan Ny. S , anak-anaknya selalu mengantar Ny. S untuk periksa ke pelayanan kesehatan, Tn S juga menerima jika dimasakkan makanan dengan garamnya dikurangi. Ny. S tidak tahu sepenuhnya tentang penyakit hipertensi dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, perawatan dan pencegahan.Ny. S belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang penyakit hipertensi dan cara perawatannya dan cara pencegahannya saat tekanan darahnya naik .

Wright dan Leahay (2000 dalam Friedman, 2010) menjelaskan pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dalam proses keperawatan dengan mengumpulkan data secara sistemik sehingga dapat ditemukan kemungkinan adanya potensi masalah yang ada. Friedman (2010)

menjabarkan pengumpulan data keluarga berasal dari berbagai sumber, seperti wawancara klien tentang peristiwa yang lalu dan saat ini, temuan obyektif (yaitu, observasi rumah keluarga dan fasilitasnya), penilaian subyektif (yaitu, pengalaman yang dilaporkan anggota keluarga), informasi tertulis dan lisan dari rujukan, dan anggota kesehatan lain.

Friedman (2010), menjelaskan teknik pengkajian digunakan wawancara digunakan untuk mengambil data secara lebih jelas dan komprehensif. Dari data wawancara juga ditemukan data obyektif dan objektif. Data ojektif (yaitu observasi rumah keluarga dan fasilitasnya) dan data subjektif yaitu pengalaman yang dilaporkan anggota keluarga. Pemeriksaan fisik ; a) Meninjau catatan status pasien untuk melihat pemeriksaan diagnostik; b) Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain; c) Membaca *literatur* yang terkait dengan kesehatan pasien. (Friedman,2010;361)

Pengkajian ini didukung oleh KTI sebelumnya dari Erwin Saputra tahun 2016 yang memunculkan data yang sama dengan data pada Ny. S hasil dari pengkajian yang didapatkan pada pasien yaitu pada tanda dan gejala Ny. S merasa pusing, keluarga Ny. S termasuk dalam tahap perkembangan keluarga dengan usia lanjut. Sedangkan data yang berbeda dari KTI Erwin Saputra tahun 2016 yaitu pada diagnosa Erwin Saputra mengambil Intoleransi aktivitas dengan data penunjang keluarga mengatakan belum tahu tentang intoleransi aktivitas, pasien mudah lelah, pasien merasa pusing, pasien mengatakan lelah setelah melakukan aktivitas; kemudian diagnosa kedua ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik dengan data penunjang pasien masih merokok, jarang berolah raga, jarang memeriksakan kesehatannya, masih mengonsumsi makanan tinggi garam.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Doengoes, (2007) Diagnosa keperawatan merupakan proses mengidentifikasi masalah atau kebutuhan yang spesifik yang merupakan tahapan kedua dari proses keperawatan.

Riasmini, dkk (2017;75) Diagnosis keperawatan keluarga adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis yang cermat dan sistematis, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dan perawat bertanggung jawab melaksanakannya. Daftar diagnosis keperawatan keluarga bisa dilihat pada buku *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*.

Hasil pengkajian muncul dua diagnosa. Berikut ini penulis akan menguraikan pembahasan pada masing-masing diagnosa sesuai dengan prioritas masalah :

1. Kesiapan untuk meningkatkan manajemen kesehatan

Kesiapan untuk meningkatkan manajemen kesehatan adalah pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam kehidupan sehari-hari suatu regimen terapeutik untuk pengobatan penyakit yang dapat ditingkatkan. Batasan karakteristik : mengekspresikan keinginan untuk melakukan penanganan terhadap faktor resiko, mengekspresikan keinginan untuk melakukan penanganan terhadap gejala, mengekspresikan keinginan untuk melakukan penanganan terhadap regimen yang diprogramkan, mengekspresikan keinginan untuk memenuhi status imunisasi/vaksinasi, mengekspresikan keinginan untuk menangani penyakit, mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan pilihan hidup sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan.

Alasan penulis menegakkan diagnosa kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan karena masalah tersebut sudah terjadi pada Ny. S dikarenakan rumah Ny. S terlihat bersih dan rajin, tidak ada jentik-jentik pada air yang digunakan Ny. S setiap harinya, terdapat sirkulasi udara di rumahnya dengan baik. Ny. S rutin kontrol ke RSI Klaten setiap tanggal 22, mematuhi diet dan pengobatan yang dianjurkan. Untuk mengatasi masalah ini penulis memberikan pendidikan kesehatan mengenai Hipertensi.

Diagnosa ini menjadi prioritas utama dengan hasil skoring 4 2/3, nilai tersebut diperoleh dari : a. Sifat masalah adalah aktual, dengan pembenaran Ny. S mematuhi pengobatan dan diet yang dianjurkan Ny. S selalu kontrol rutin hipertensinya ke RSI Klaten setiap bulan, meskipun tidak kambuh Ny. S tetap kontrol rutin. Skore 1; b. Kemungkinan masalah untuk dapat dirubah adalah mudah, dengan pembenaran Ada keinginan keluarga dan Ny. S untuk mengatasi masalah yang terjadi. Pendidikan Ny. S SMP dan pendidikan suaminya SMA. Keluarga dan Tn. S juga mendukung terhadap perawatan Ny. S . Skore 2; c. Potensi masalah untuk dicegah adalah cukup dengan pembenaran Ny. S memasak makanannya sendiri di rumah dan sangat jarang untuk membeli makanan di luar rumah. Air minum yang digunakan setiap hari bersumber dari PAM yang jernih, bersih, tidak berbau, dan tidak ada jentiknya. Setiap 2x sehari kamar mandi dikuras, fasilitas di dalam kamar mandi lengkap, bersih, dan lantai di kamar mandi tidak licin. Skore 2/3; d. Menonjolnya masalah adalah harus segera

ditangani, dengan pembenaran Masalah harus segera ditangani agar tidak terjadi komplikasi. Jika ada masalah kesehatan mendadak langsung dibawa ke tetangganya yang menjadi perawat.

## 2. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak adalah beresiko mengalami penurunan sirkulasi pada jaringan cerebral yang bisa mengganggu kesehatan (NOC 2016). Outcome untuk menilai dan mengukur kejadian aktual dari diagnosis adalah perfusi jaringan pada cerebral. Sedangkan salah satu faktor resiko dari resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak adalah Hipertensi.

Diagnosa ini muncul karena adanya data-data yang mendukung yaitu Ibu. S mengatakan menderita penyakit hipertensi sejak tahun 2011 sampai saat ini dan sering mengalami pusing, selain itu Ny. S pada tahun 2011 pernah terdiagnosa stroke ringan sampai untuk bicara saja pelo dan badan tidak bisa digerakkan, karena rutin kontrol Ny. S sampai saat ini kondisinya masih terjaga dan tidak mengalami stroke, Ny. S juga mengatakan tidak pernah melakukan olah raga. Keluarga belum mampu melaksanakan perawatan pada penerita hipertensi secara maksimal.

Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dapat terjadi pada penderita hipertensi dikarenakan terjadi kerusakan vaskuler pembuluh darah sehingga pembuluh darah mengalami perubahan struktur yang dapat menyumbat pembuluh darah, apabila pembuluh darah tersumbat maka akan terjadi vasokonstriksi akibatnya terjadi gangguan sirkulasi ke otak dan suplai oksigen ke otak menurun sehingga dapat menyebabkan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak.

Diagnosa ini menjadi prioritas utama dengan hasil skoring 3 4/3, nilai tersebut diperoleh dari : a. Sifat masalah adalah resiko, Ny. S pada tahun 2011 juga pernah terdiagnosa stroke dan dirawat di RSI Klaten sampai untuk bicara saja pelo dan badan tidak bisa digerakkan. Skoring 2/3; b. Kemungkinan masalah untuk dapat dirubah adalah mudah, dengan pembenaran Ada kemauan Ny. S untuk mencegah dan merawat agar tidak kambuh lagi penyakitnya dengan patuh diet dan pengobatan. Pendidikan Ny. S SMP dan pendidikan suaminya SMA. Skoring 2; c. Potensi masalah untuk dicegah adalah cukup, dengan pembenaran Keluarga Ny. S juga melarang supaya Ny. S tidak boleh beraktivitas berlebihan dan berat agar tetap dalam kondisi yang sehat. Ny. S tidak pernah melakukan olah raga. Skoring 2/3; d.

Menonjolnya masalah adalah harus segera ditangani, dengan pembenaran Keluarga merasa masalah ini harus segera ditangani, karena penyakit ini bisa menyebabkan komplikasi yang lain dan mengganggu aktivitas sehari-hari. Skoring 1

Penulis tidak memunculkan 3 diagnosa yang ada di teori yaitu :

1. Risiko penurunan curah jantung

Risiko penurunan curah jantung menurut Herdman, Heater (2015) adalah rentan terhadap ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh, yang dapat mengganggu kesehatan. Batasan karakteristiknya yaitu: perubahan frekuensi/irama jantung misalnya aritmia, bradikardi, takikardi, palpitasi. Perubahan preload, kontraktilitas dan afterload. Masalah ini tidak ditegakkan diagnosa karena dari hasil pengkajian pada kasus Ny.P tidak didapatkan tanda-tanda sesuai dengan batasan karakteristik seperti yang di atas tersebut.

2. Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas menurut Herdman, Heater (2015) adalah ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan. Batasan karakteristiknya antara lain: respons frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas, dispnea setelah beraktivitas, kelelahan dan perubahan EKG yang mencerminkan adanya aritmia, iskemia. Masalah ini tidak ditegakkan diagnosa karena dari hasil pengkajian tidak didapatkan tanda-tanda sesuai dengan batasan karakteristik seperti yang di atas tersebut.

3. Nyeri kronik pada Ny.P

Nyeri kronik menurut Herdman, Heater (2015) adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau digambarkan sebagai kerusakan (*International Association for the Study of Pain*); awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas dari ringan hingga berat, terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari tiga (>3) bulan.

### C. Intervensi

Intervensi merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai

dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan. Tahap ini disebut sebagai inti atau pokok dari proses keperawatan sebab perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Unsur terpenting pada tahap perencanaan ini adalah membuat prioritas urutan diagnosis keperawatan, merumuskan tujuan, merumuskan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi keperawatan (Asmadi, 2008).

Intervensi merupakan rencana asuhan keperawatan yang terorganisasi untuk mendokumentasikan kebutuhan perawatan kesehatan klien yang ditentukan oleh pengkajian dan diagnose keperawatan, tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan yang dirumuskan selama perencanaan. Selain itu, rencana keperawatan tertulis mengkomunikasikan kepada perawat lin dan professional perawatan kesehatanlain tentang data pengkajian yang berkaitan yang didapat dari klien, daftar masalah dan terapi (Potter perry, 2013).

Setelah penulis menemukan masalah pada keluarga Tn. S khususnya Ny. S dengan masalah utama hipertensi, maka rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan diagnosa yang muncul pada Ny. S yaitu:

1. Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan

Dari pengkajian yang dilakukan didapatkan data Ny. S mematuhi pengobatan dan diet yang dianjurkan Ny. S selalu kontrol rutin hipertensinya ke RSI Klaten setiap bulan, meskipun tidak kambuh Ny. S tetap kontrol rutin. Ny. S memasak makanannya sendiri di rumah dan sangat jarang untuk membeli makanan di luar rumah. Air minum yang digunakan setiap hari bersumber dari PAM yang jernih, bersih, tidak berbau, dan tidak ada jentiknya. Setiap 2x sehari kamar mandi dikuras, fasilitas di dalam kamar mandi lengkap, bersih, dan lantai di kamar mandi tidak licin. Jika ada masalah kesehatan mendadak langsung dibawa ke tetangganya yang menjadi perawat.

Rencana tindakan yang dilakukan untuk mencapai tugas kemandirian keluarga adalah keluarga mampu mengenal masalah perilaku memberikan dukungan fungsi psikososial dan memfasilitasi perubahan gaya hidup, pendidikan proses penyakit, keluarga mampu memutuskan masalah dengan membuat keputusan, keluarga merawat anggota keluarga dukungan terhadap diet. Sedangkan rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pada Ny. S adalah kaji pengetahuan keluarga tentang hipertensi,

dengan mengkaji pengetahuan tentang hipertensi maka penulis akan mengetahui sejauh mana keluarga memahami tentang pengertian, penyebab, akibat dan penatalaksanaannya serta untuk menentukan rencana keperawatan yang diberikan. Intervensi selanjutnya, bantu keluarga untuk membuat keputusan tentang meningkatkan manajemen kesehatan, untuk menumbuhkan kemandirian dan meningkatkan rasa percaya diri klien keluarga dalam meningkatkan manajemen kesehatan, bantu keluarga untuk memanfaatkan sumber daya keluarga yang ada, untuk mendukung keberlanjutan keperawatan klien dalam pemberian asuhan keperawatan, dan menggunakan fasilitas kesehatan dengan maksimal.

## 2. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

Dari pengkajian yang dilakukan didapatkan data Ny. S pada tahun 2011 juga pernah terdiagnosa stroke dan dirawat di RSI Klaten sampai untuk bicara saja pelo dan badan tidak bisa digerakkan. Keluarga Ny. S juga melarang supaya Ny. S tidak boleh beraktivitas berlebihan dan berat agar tetap dalam kondisi yang sehat. Ny. S tidak pernah melakukan olah raga.

Rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah menganjurkan pasien untuk kontrol rutin tekanan darah, bagaimana pola diet dan pengobatan Ny. S, maka penulis akan mengetahui bahwa Ny. S resiko terhadap stroke atau tidak.

Rencana tindakan yang dilakukan untuk mencapai tugas kemandirian keluarga adalah Manajemen hipertensi yaitu mengetahui target tekanan darah, pentingnya mematuhi pengobatan, patuh terhadap diet yang dianjurkan, menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan tekanan darah. Mengkaji keluarga tentang tindakan perawatan yang dilakukan kepada Ny. S ,anjurkan mengontrol resiko stroke dengan memonitor tekanan darah, berpartisipasi dalam olah raga secara teratur, dan mengurangi asupan garam. Intervensi selanjutnya, bantu keluarga untuk membuat keputusan tentang mengontrol stroke, untuk menumbuhkan kemandirian dan meningkatkan rasa percaya diri klien dan keluarga dalam mengontrol resiko stroke, bantu keluarga untuk memanfaatkan sumber daya keluarga yang ada, untuk mendukung keberlanjutan keperawatan klien dalam pemberian asuhan keperawatan.

## D. Implementasi

Implementasi merupakan fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi atau program keperawatan (Kozier, 2010).

Implementasi yang dilakukan penulis, melakukan membina hubungan saling percaya, menjelaskan maksud dan tujuan, melakukan kontrak waktu dan melakukan pemeriksaan fisik kepada seluruh keluarga.

Untuk diagnosa pertama implementasi yang dilakukan pada tanggal 17 April 2017 penulis menggunakan metode ceramah, tanya jawab, dan demonstrasi karena menurut Effendi (2007). Metode ceramah merupakan metode yang mudah untuk dilaksanakan, mudah mempersiapkannya, dapat diterima oleh sasaran yang tidak dapat membaca, implementasi yang dilakukan memberikan penyuluhan kesehatan tentang diet Hipertensi. Implementasi yang diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarga, penulis membantu dengan cara merawat anggota keluarga yaitu dengan cara memeberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, sampai cara perawatannya kepada keluarga Tn. S dan Ny. S .

Untuk diagnosa kedua implementasi yang dilakukan pada tanggal 18 April 2017 penulis menggunakan metode ceramah, tanya jawab, dan demonstrasi karena menurut Effendi (2007). Metode ceramah merupakan metode yang mudah untuk dilaksanakan, mudah mempersiapkannya, dapat diterima oleh sasaran yang tidak dapat membaca, implementasi yang dilakukan memberikan penyuluhan kesehatan tentang Hipertensi dan melakukan relaksasi progresif untuk menurunkan tekanan darah. Motivasi keluarga untuk terus mempertahankan dan meningkatkan perawatan pada anggota keluarga dengan Hipertensi. Penulis dalam melakukan implementasi keperawatan tidak menemukan kesulitan saat memberikan penyuluhan dan relaksasi progresif karena Ny. S kooperatif dan berusaha mengikuti instruksi. Implementasi yang diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarga, penulis membantu dengan cara merawat anggota keluarga yaitu dengan cara memeberikan pendidikan kesehatan dan demonstrasi relaksasi progresif untuk menurunkan tekanan darah kepada keluarga Tn. S dan Ny. S .

Motivasi keluarga untuk terus melakukan perawatan pada anggota keluarga dengan Hipertensi. Penulis dalam melakukan implementasi keperawatan



menemukan kesulitan saat memberikan penyuluhan kesehatan tentang perawatan anggota keluarga yang sakit. Untuk hambatan ini penulis memberikan leaflet yang dapat dipakai pedoman oleh keluarga. Jadi motivasi keluarga menjadi salah satu pendukung dalam melakukan pendidikan kesehatan.

#### **D. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak (Hidayat.A, 2008). Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan antara lain: evaluasi proses merupakan kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respon klien, evaluasi hasil merupakan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang di harapkan.

Jenis evaluasi dapat dibagi menjadi dua, antara lain : evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera, evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Evaluasi juga sebagai alat ukur suatu tujuan yang mempunyai kriteria tertentu yang membuktikan apakah tujuan tercapai, tidak tercapai atau tercapai sebagian (Hidayat.A, 2008).

Dalam mendokumentasikan evaluasi ini penulis menggunakan pendekatan kriteria SOAP, yaitu : a) . S (Subyektif) = untuk mengetahui data subyektif; b) . O (Obyektif) = untuk mengetahui data obyektif; c) . A (Assesment) = menggambarkan pengkajian dan menganalisa pernyataan masalah, apakah masalah sudah teratasi atau belum; d) . P (Planning) = membuat rencana tujuan dan tindakan keperawatan apabila masalah belum teratasi rencana dilanjutkan, sedangkan bila masalah sudah teratasi rencana dipertahankan.

Evaluasi pada diagnosa pertama yaitu kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan pada keluarga Tn. S khususnya Ny. S pada tanggal 23 April 2017. Data subjektifnya yaitu Ny. S mengatakan tetap berusaha untuk mematuhi diet dan pengobatan yang dianjurkan. Anak dari Ny. S mengatakan selalu memberi dukungan dan berusaha merawat Ny. S. Anak dari Ny. S mengatakan berusaha semaksimal mungkin untuk merawat Ny. S. Data objektifnya Ny. S tampak kooperatif, Anak dari Ny. S tampak berpartisipasi atas perawatan Ny. S, Rumah Ny. S dengan anaknya hanya bersebelahan. Analisa dari hasil evaluasi

adalah masalah teratasi sebagian. Planningnya adalah bangun hubungan pribadi dengan keluarga.

Evaluasi pada diagnosa kedua yaitu resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak pada tanggal 23 April 2017.. Data subjektifnya adalah Ny. S mengatakan berkeringat setelah melakukan relaksasi progresif. Ny. S mengatakan akan menerapkan relaksasi progresif yang diajarkan. Data objektifnya Ny. S mampu menirukan relaksasi progresif yang diajarkan. keluarga kooperatif, tekanan darahnya menjadi menurun, sebelumnya 150/100 mmHg menjadi 130/80 mmHg. Analisa dari hasil evaluasi adalah masalah teratasi sebagian. Menurut tujuan yang ada keluarga Tn.S mampu merawat penyakit Hipertensi. Tetapi masih ada planning yang perlu ditambah yaitu Lakukan teknik relaksasi progresif ketika ada waktu santai.