**LEMBAR OBSERVASI**

Nama Responden :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Pekerjaan :

Pendidikan :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Observasi | Sebelum | Sesudah |
| Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| 1 | Bersih |  |  |  |  |
| 2 | Puting menonjol /lentur |  |  |  |  |
| 3 | Terasa sakit terus menerus karena pembengkakan |  |  |  |  |
| 4 | ASI lancar |  |  |  |  |