

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Dinda Wulan Apriliane
NIM : P17310211017
Program Studi : D III Kebidanan Malang
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang
Judul LTA : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care*
(COC) Pada Ny.N di PMB Anik Rohanjarwati Kabupaten
Malang

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tulisan dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah benar benar asli dari pemikiran saya sendiri dan disusun oleh penulis sendiri, maka saya bersedia untuk menerima sanksi sesuai peraturan yang berlaku.

Malang, 10 Januari 2024

Yang Membuat Pernyataan



Dinda Wulan Apriliane
NIM. P17310211017