

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tri Sinar Andhani

NIM : P17310203030

Judul : Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care* (COC) Pada Ny.
M di TPMB Kartini Kec. Wagir Kab. Malang

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa penulisan Laporan Tugas Akhir ini berdasarkan hasil studi kasus saya sendiri. Jika terdapat karya orang lain, saya akan melampirkan sumber yang jelas.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi.

Malang, 30 Mei 2023



Tri Sinar Andhani