

**SERTIFIKAT MEDIS PENYEBAB KEMATIAN**

No Surat : PC.01.01/0.XXXI.1.3.6/1554/2024  
 Bulan/Tahun kematian : ☐ / ☐ Nama RS/PKM : RSUP SURAKARTA No. RS/PKM : ☐  
 No. Urut Pencatatan Kematian tiap bulan : ☐ No. Rekam Medis : ☐

**IDENTITAS JENAZAH :**

1. Nama 2024/10/17/000236 INITIAL : .....  
 2. NIK RM : 170465 Tgl.Lhr : 15/06/1950  
 3. Jenis Kelamin Nama : ISKANDAR (74 Th)  
 4. Tempat/Tanggal NIK : 3372011506500003 Bulan ..... Tahun .....  
 5. Pendidikan JL. KUTILANG NO 8 2/1, KERTEN, 3. SLTP 4. SLTA 5. Akademi 6. Sarjana  
 6. Pekerjaan LAWEYAN, KOTA SURAKARTA 3. TNI/Polri 4. PNS 5. Petani 6. Wiraswasta  
 7. Alamat sesuai KTP/KK : Jalan : ..... No : ..... RT/RW : .....  
 Kelurahan : ..... Kecamatan : .....  
 Kota / Kab : ..... Kode Pos : ..... Telp : .....

8. Status Kependudukan : 1 Penduduk Tetap 2 Bukan Penduduk Tetap

**YANG BERSANGKUTAN DINYATAKAN TELAH MENINGGAL DUNIA**

9. Waktu Meninggal : Tanggal 19 Bulan 10 Tahun 2024 Pukul 05.18

10. Umur Saat Meninggal : 1 Lahir Mati 1 Ya 2 Tidak  
 2 < 28 hari ..... Hari  
 3 29 hr s/d 5 thn ..... Bulan  
 4 > 5 thn 34 ..... Tahun

11. Bila yang meninggal wanita usia 10-54 tahun, almarhumah dalam keadaan .....  
 1 Hamil 2 Bersalin 3 Nifas (42 hari setelah melahirkan / abortus) 4 Lainnya  
 Lama Dirawat : ..... jam (kurang 1hari)/..... hari

12. Tempat Meninggal : 1 Rumah Sakit 2 Rumah 3 DOA 4 Lainnya

13. Dasar Diagnosis : 1 Rekam Medis 2 Autopsi Verbal 3 Autopsi Forensik

14. Kelompok Penyebab Kematian (*lingkari salah satu*)

**PENYAKIT/GANGGUAN**

1. Penyakit Khusus \*) 4. Gangguan Maternal (kehamilan/persalinan/nifas)  
 2. Penyakit Menular 5. Gangguan Perinatal (0-6 hr)  
 3. Penyakit Tidak Menular 6. Gejala, tanda dan kondisi lainnya

**CEDERA \*)**

7. Kecelakaan lalu lintas  
 8. Kecelakaan kerja  
 9. Cedera lainnya

15. Rencana Pemulasaraan :

1 Dikubur Tanggal..... Bulan..... Tahun.....  
 2 Dikremasi Tanggal..... Bulan..... Tahun.....  
 3 Transportasi ke luar kota Tanggal..... Bulan..... Tahun.....  
 4 Transportasi ke luar negeri Tanggal..... Bulan..... Tahun.....

Pihak yang Menerima,

Nama Jelas : AKHENDIN  
 Hub dengan almarhum/ah :

Surakarta, 10/12/24  
 Dokter yang menerangkan,  
 Nama Jelas : di Arne  
 Jabatan dan Cap Instansi

PENYEBAB KEMATIAN BERDASARKAN ICD-10				Selang waktu terjadinya penyakit sampai meninggal		ICD 10 (Diisi Petugas Kode)	
Kematian Umur 7 (tujuh) hari keatas,				Tahun	Bulan	Hari	Jam
1	Penyebab langsung	a) Cardiac arrest	sebagai akibat dari				
	Penyebab antara	b) UT	sebagai akibat dari				
		c) Edema paru	sebagai akibat dari				
	Penyebab dasar	d) STEMI anterior					
2	Kondisi lain yg berkontribusi tapi tidak terkait 1.a-d						
Kematian 0-6 (enam) hari, termasuk lahir mati.							
1	Penyebab Utama Bayi						
	Penyebab Lain Bayi						
2	Penyebab Utama Ibu						
	Penyebab Lain Ibu						

\*) Jenazah memerlukan perlakuan khusus

\*\*) Jika penyebab kematian karena cedera, form SMPK diisi setelah prosedur baku selesai

Lembar 1- Putih : Untuk Keluarga Lembar 2 - Kuning : Untuk Dinas Kesehatan Lembar 3 - Merah : Untuk Arsip

Dokter yang mendiagnosa,

Nama Jelas : di Arne  
 Jabatan dan Cap Instansi