



**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT (RSUP) SURAKARTA**

Jalan Prof. Dr. R. Soeharso No. 28 Surakarta 57144 Telepon 0271-713055/720002  
surat elektronik: rsupsurakarta@kemkes.go.id; info.rsupsurakarta@gmail.com; bbkpmksa.com



**SERTIFIKAT MEDIS PENYEBAB KEMATIAN**

No Surat : 25.01.01/7xxx1.1.3.6/1472/224

Bulan/Tahun kematian : ☐ / ☐ Nama RS/PKM : No. RS/PKM : ☐

No. Urut Pencatatan Kematian tiap bulan : ☐ No. Rekam Medis : ☐

**IDENTITAS JENAZAH :**

2024/09/24/000223  
1. Nama : RM : 168825 Tgl.Lhr : 31/12/196  
2. NIK : Nama : NY. SLAMET (60 Th)  
3. Jenis Kelamin : NIK : 3310177112630016  
4. Tempat/Tanggal lahir : JANTI CILIK RT 4 RW 2, JANTI,  
JANTI, POLANHARJO, KAB. KLATEN  
5. Pendidikan : SLTP 4. SLTA 5. Akademi 6. Sarjana  
6. Pekerjaan : 1. Tidak Bakerja 2. Sekolah 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  
9. Waktu Meninggal : Tanggal 05 Bulan 10 Tahun 21 Pukul 12.30 WIB  
10. Umur Saat Meninggal : 1 Lahir Mati 1. Ya 2 Tidak  
2 < 28 hari  
3 29 hr s/d 5 thn  
4 > 5 thn

**YANG BERSANGKUTAN DINYATAKAN TELAH MENINGGAL DUNIA**

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 1 hari)/ 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) 7. Kecelakaan lalu lintas  
2. Penyakit Menular 5. Gangguan Perinatal (0-6 hr) 8. Kecelakaan kerja  
3. Penyakit Tidak Menular 6. Gejala, tanda dan kondisi lainnya 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 :   
Hub dengan almarhum/ah :   
Surakarta,   
Dokter yang menerangkan,   
Nama Jelas :   
Jabatan dan Cap Instansi

**PENYEBAB KEMATIAN BERDASARKAN ICD-10**  
Kematian Umur 7 (tujuh) hari keatas,  
1 Penyebab langsung a) sebagai akibat dari  
Penyebab antara b) sebagai akibat dari  
c) sebagai akibat dari  
Penyebab dasar d) sebagai akibat dari  
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

Selang waktu terjadinya penyakit sampai meninggal  
Tahun Bulan Hari Jam  
ICD 10 (Diisi Petugas Kode)

Dokter yang mendiagnosa,   
Nama Jelas :   
Jabatan dan Cap Instansi

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

\*) 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