



## SERTIFIKAT MEDIS PENYEBAB KEMATIAN

No Surat : RS.01.01/D-XXXI.1.3.6/1493/2024

Bulan/Tahun kematian : ☐ / ☐ Nama RS/PKM : ☐ No. RS/PKM : ☐  
No. Urut Pencatatan Kematian : ☐ No. Rekam Medis : ☐

### IDENTITAS JENAZAH :

1. Nama : RM : 153167 Tgl.Lhr : 30/04/194 INITIAL :                       
2. NIK : Nama : MUDJIJONO (78 Th)  
3. Jenis Kelamin : NIK : 3309113004460001  
4. Tempat/Tanggal lahir : MRANGGEN RT 003/001, Bulan                      Tahun                       
DONOHUDAN, NGEMPLAK, KAB.  
5. Pendidikan :                       
6. Pekerjaan : 1. Tidak Bakerja 2. Sekeloa 3. TNI/Polri 4. PNS 5. Petani 6. Wiraswasta  
7. Nelayan 8. Buruh 9. Lainnya :                       
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                      Bulan                      Tahun                      Pukul                       
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 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) 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				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) <u>Gagal nafas</u>	sebagai akibat dari					
	Penyebab antara	b) <u>Asfiksia neonatorum</u>	sebagai akibat dari					
		c) <u>HEPES</u>	sebagai akibat dari					
	Penyebab dasar	d) <u>ISTEM</u>						
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

Dokter yang mendiagnosa,  
Nama Jelas :                       
Jabatan dan Cap Instansi