



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
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 : RS.01.01/D.XXXI.1.3.2/1551/2024
Bulan/Tahun kematian : ☐ / ☐ Nama RS/PKM : RSUP No. RS/PKM : ☐
No. Urut Pencatatan Kematian tiap bulan : ☐ No. Rekam Medis : ☐

IDENTITAS JENAZAH :

1. Nama : 2024/10/13/000056 INITIAL :
2. NIK : RM : 170279 Tgl.Lhr : 08/07/1948
3. Jenis Kelamin : Nama : SAMHUDI (76 Th)
4. Tempat/Tanggal lahir : NIK : 3309130807499002 Bulan Tahun
5. Pendidikan : TITANG RT. 007/003, SIMO, SIMO, 3. SLTP 4. SLTA 5. Akademi 6. Sarjana
6. Pekerjaan : KAB. BOYOLALI 3. TNI/Polri 4. PNS 5. Petani 6. Wiraswasta
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 18 Bulan 10 Tahun 2024 Pukul 04.50

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 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. Cedera *)
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,

Surakarta,/...../.....

Dokter yang menerangkan,

Nama Jelas :

Nama Jelas :

Hub dengan almarhum/ah :

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) | cardiac arrest sebagai akibat dari | | | | | |
| | | c) | adema pulmo sebagai akibat dari | | | | | |
| | Penyebab dasar | d) | IT emergency | | | | | |
| 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