



SERTIFIKAT MEDIS PENYEBAB KEMATIAN

No Surat : 25.01.01/D.11.1.3.6/1468/2024

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

IDENTITAS JENAZAH :

1. Nama : 2024/09/27/000213 INITIAL :
2. NIK : RM : 166457 Tgl.Lhr : 01/07/195
3. Jenis Kelamin : Nama : WAHYUDI (71 Th)
4. Tempat/Tanggal lahir : NIK : 3520040107530054
5. Pendidikan : WADUK 0301 TAKERAN MAGETAN, Bulan Tahun
6. Pekerjaan : WADUK, TAKERAN, KAB. MAGETAN 3. SLTP 4. SLTA 5. Akademi 6. Sarjana
7. Nelayan 8. Buruh 9. Lainnya : 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 4 Bulan 10 Tahun 2024 Pukul 13.13

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 71 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. Cedera *)
2. Penyakit Menular 5. Gangguan Perinatal (0-6 hr) 8. Kecelakaan lalu lintas
3. Penyakit Tidak Menular 6. Gejala, tanda dan kondisi lainnya 9. Cedera lainnya

15. Rencana Pemulasaraan :

1 Dikubur Tanggal 4 Bulan 10 Tahun 2024
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 :

KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
Surakarta, 4/10/2024
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) <i>Cedera akibat</i> | <i>sebagai akibat dari</i> | | | | | |
| | Penyebab antara | b) <i>infeksi bakteri</i> | <i>sebagai akibat dari</i> | | | | | |
| | | c) <i>pengaliran</i> | <i>sebagai akibat dari</i> | | | | | |
| | Penyebab dasar | d) | | | | | | |
| 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 memertukan perlakuan khusus

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

Dokter yang mendiagnosa,

Nama Jelas :

Jabatan dan Cap Instansi