

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

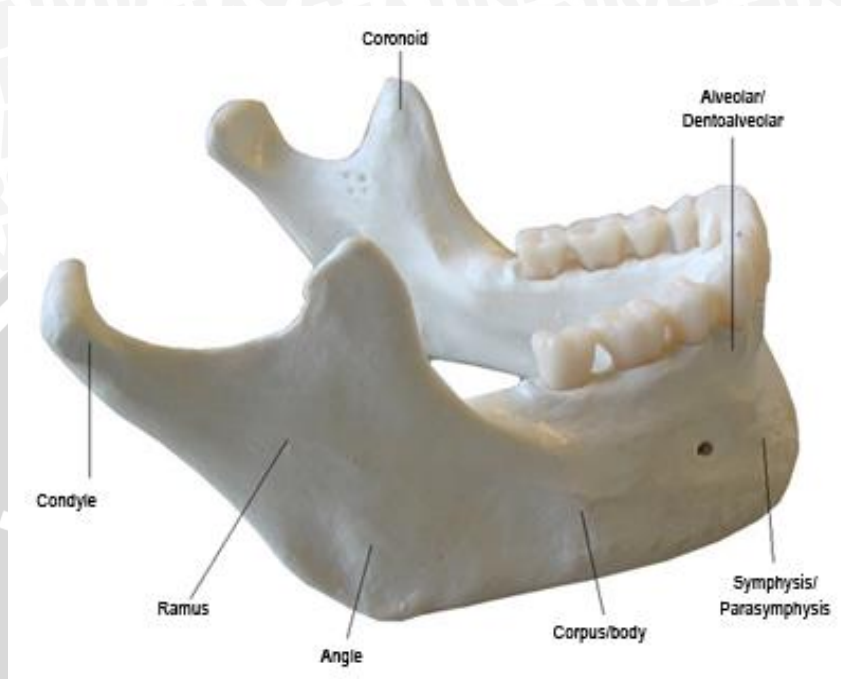
2.1 Mandibula

Mandibula adalah tulang wajah yang terbesar dan terkuat, berfungsi sebagai tempat peletakan gigi regio bawah. Mandibula tulang dengan bentuk lengkung yang pada dasarnya adalah tulang dengan tiga sendi, yaitu dua kondilusnya dan oklusi gigi geligi. Penting sekali menjaga letak kondilus yang tepat pada fosanya serta oklusi yang terpelihara secara benar. Mandibula berasal dari lengkung brachial pertama. Mandibula mengalami osifikasi deposisi mineral langsung menjadi matriks organik dari mesenchyme atau jaringan konektif. Struktur tulangnya terdiri dari 35% bahan organik dan 65% bahan anorganik dimana 90% dari bahan organiknya adalah kolagen tipe 1. Sebagian besar dari bahan anorganik mandibula adalah *hydroxyapatit* (Chang, 2008).

2.1.1 Anatomi Mandibula

Struktur anatomi mandibula terdiri atas, kondilus, subkondilus, ramus, angulus, bodi, parasimfisis/simfisis, koronoid dan regio dentoalveolar. Prosesus koronoideus adalah tulang tipis yang pipih dari sisi ke sisi dan bervariasi dalam bentuk dan ukuran. Tepi anteriornya berbentuk cembung dan berhubungan kebawah ini dengan batas anterior ramus. Tepi posteriornya cekung dan membentuk batas

anterior kondilus. Permukaan lateral yang halus, dan menjadi tempat insersi muskulus temporalis dan Masseter (Goldman, 2008).



Gambar 2.1 Mandibula

(sumber : <http://www.dicts.info/img/ud/mandible2.jpg>)

Prosesus kondiloideus lebih tebal daripada coronoid, dan terdiri dari dua bagian, caput/kepala condilus, dan bagian terpenting yang mendukung, bagian leher condilus. Condilus sendiri merupakan sebuah permukaan artikular untuk artikulasi dari diskus artikularis pada sendi Temporomandibular. Bentuknya cembung dari depan ke belakang dan dari sisi ke sisi, serta memanjang lebih jauh pada posterior daripada permukaan anterior. Pada ujung lateral dari condilus terdapat tuberkulum kecil sebagai tempat dari ligamentum Temporomandibular (Goldman, 2008).

2.2 Fraktur

2.2.1 Definisi Fraktur

Fraktur adalah putusnya kontinuitas tulang, tulang rawan epifisis atau tulang rawan sendi (Reksoprodjo, 1995). Menurut Wibowo (1994) fraktur adalah suatu keadaan dimana tulang retak, pecah atau patah, baik tulang itu sendiri maupun tulang rawannya. Bentuk dari patah tulang bisa hanya berupa retakan saja, sampai hancur berkeping-keping. Penyebab fraktur adalah trauma, misalnya kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian kecelakaan kerja, kecelakaan domestik dan kecelakaan atau cedera olahraga (Reksoprodjo, 1995). Fraktur merupakan salah satu faktor terpenting untuk terjadinya kecacatan bahkan kematian pada semua kalangan usia (Wray *et al*, 2003).

Menurut Trott *et al.* (1995) penyebab utama fraktur tulang wajah adalah kecelakaan kendaraan bermotor dan perkelahian, sedangkan penyebab lainnya adalah jatuh, kecelakaan olahraga, kecelakaan kerja dan fraktur patologis.

2.3 Fraktur mandibula

Fraktur mandibula adalah rusaknya kontinuitas tulang mandibular yang dapat disebabkan oleh trauma baik secara langsung atau tidak langsung. Fraktur mandibula sangat sering terjadi dari fraktur daerah wajah, karena merupakan tulang yang menonjol, terletak di tepi dan posisinya di sepertiga bawah wajah sehingga sering menjadi sasaran trauma (Fonseca dan Walker., 1997). Menurut Widell (2001) fraktur mandibula sering terjadi karena tulang mandibula memiliki korteks yang tebal tetapi relatif pipih dan berbentuk seperti tapal kuda sehingga mudah patah.

Mandibula juga merupakan tempat perlekatan otot-otot pengunyahan sehingga mempunyai pergerakan yang aktif. Penyebab terbanyak dari fraktur mandibula adalah jejas dari luar dan sebagian kecil berasal dari dalam yang disebabkan keadaan patologis tulang itu sendiri (Fonseca dan Walker, 1997). Mandibula merupakan sasaran pukulan dan benturan. Tipe injuri, arah dan besarnya trauma menjadi faktor utama penyebab fraktur maksilofasial, sedangkan fraktur mandibula bisa terjadi pada kondilus, ramus, angulus, basis, simpisis, alveolar dan yang paling jarang adalah fraktur pada prosesus koronideus (Bruce dan Fonseca, 1991).

Banks (1992) menyatakan bahwa secara garis besar fraktur pada mandibula dibagi menjadi dua golongan utama, yaitu :

1. Fraktur tanpa kominusi kasar dari tulang dan tanpa kehilangan jaringan keras atau lunak yang signifikan.
2. Fraktur dengan kominusi kasar dari tulang disertai kehilangan jaringan keras atau lunak yang ekstensif.

Keluhan subyektif yang berkaitan dengan fraktur mandibula biasanya adalah rasa sakit, kesulitan atau ketidakmampuan untuk mengunyah. Tergantung dari kondisi fraktur (sudah lama terjadi atau baru saja), pembengkakan bisa terjadi baik pada bagian yang mengalami trauma dan bagian yang fraktur (Pedersen, 1996).

2.3.1 Jenis dan tipe fraktur mandibula

Menurut Bailey (1992) klasifikasi fraktur mandibula yaitu :

a. Daerah ramus

1. Fraktur-fraktur daerah kondilus.
2. Fraktur-fraktur prosesus koronoideus.
3. Fraktur-fraktur ramus.

b. Korpus mandibula

Fraktur pada daerah ini sebesar 36%, daerah yang paling sering terkena fraktur adalah antara gigi molar kedua dan ketiga dan daerah yang berhubungan dengan gigi caninus (Dixon, 1993).

1. Fraktur angulus mandibula.
2. Fraktur tengah-tengah korpus.
3. Fraktur linea mediana (simpisis).
4. Fraktur lateral dari linea mediana pada daerah insisivus (parasimpisis).
5. Fraktur-fraktur alveolus.

Jenis-jenis fraktur tersebut dapat terjadi tunggal atau dalam beberapa kemungkinan kombinasi.

Cara lain menentukan klasifikasi dari fraktur mandibula adalah pengklasifikasian berdasarkan tipe pecahan fragmen fraktur *greenstick*, *simple*, *comminuted*, dan *compound* fraktur. Klasifikasi ini mendeskripsikan kondisi dari fragmen tulang di tempat fraktur hubungan yang memungkinkan dengan lingkungan atau jaringan sekitar tulang.

a. Fraktur *Greenstick*

Fraktur *Greenstick* adalah fraktur yang tidak lengkap yang melibatkan tulang fleksibel atau tulang yang bergerak. Pada umumnya fraktur ini ditunjukkan dengan gerakan minimal saat dilakukan palpasi.

b. Fraktur *Simple*

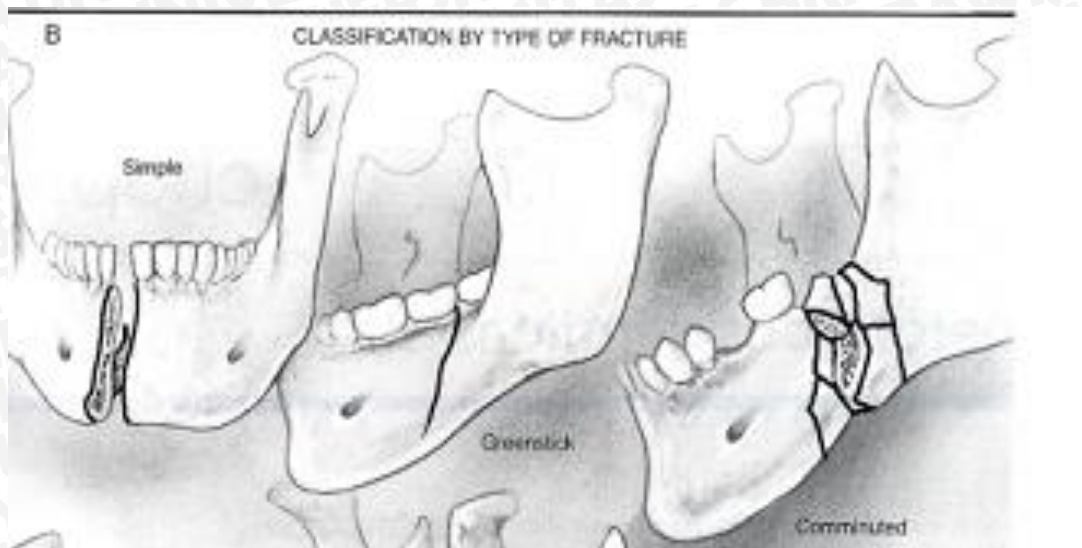
Fraktur *Simple* adalah fraktur dimana terjadi pemisahan tulang secara lengkap dengan fragmen tulang yang sedikit pada daerah fraktur.

c. Fraktur *Comminuted*

Fraktur *Comminuted* adalah fraktur dimana tulang menjadi segmen yang banyak. Kebanyakan dari fraktur ini terjadi disebabkan oleh luka tembak, tekanan obyek keras atau trauma pukulan benda tumpul.

d. Fraktur *Compound*

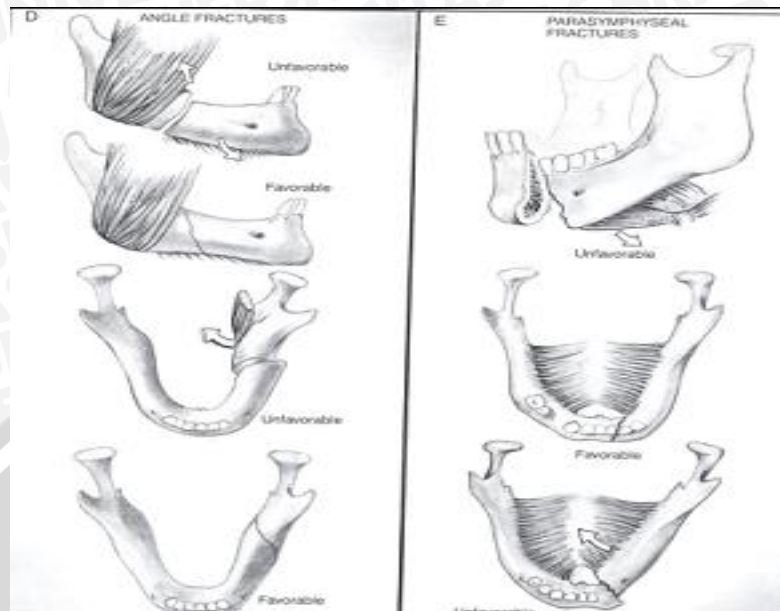
Fraktur yang berhubungan organ-organ sekitar mandibula yang membatasinya. Pada fraktur maksilo fasial, hubungan dengan organ sekitar yang dimaksud dimana fraktur tersebut biasanya menyebabkan mukosa robek, perforasi dari sulkus gingiva dan ligamen periodontal, hubungan dengan sinus, atau kulit yang robek. Jadi menurut definisi, fraktur mandibula yang berhubungan dengan segmen gigi atau organ sekitarnya disebut fraktur terbuka atau fraktur *Compound* (Pedersen, 1996).



Gambar 2.2 Klasifikasi fraktur menurut pecahan segmen

(Sumber : <http://www.utmb.edu/otoref/grnds/Mandible-fx-0006/Mandible-fx-0006.pdf>)

Selain itu juga dapat di klasifikasikan menjadi fraktur *favorable* dan *unfavorable* tergantung angulasi fraktur dan kekuatan menarik otot ke proksimal atau distal dari fraktur. Pada fraktur yang menguntungkan (*favorable*), garis fraktur dan tarikan otot menolak perpindahan dari segmen fraktur. Pada fraktur yang tidak menguntungkan (*unfavorable*), tarikan dari otot menyebabkan perpindahan dari segmen fraktur tersebut (Pedersen, 1996).



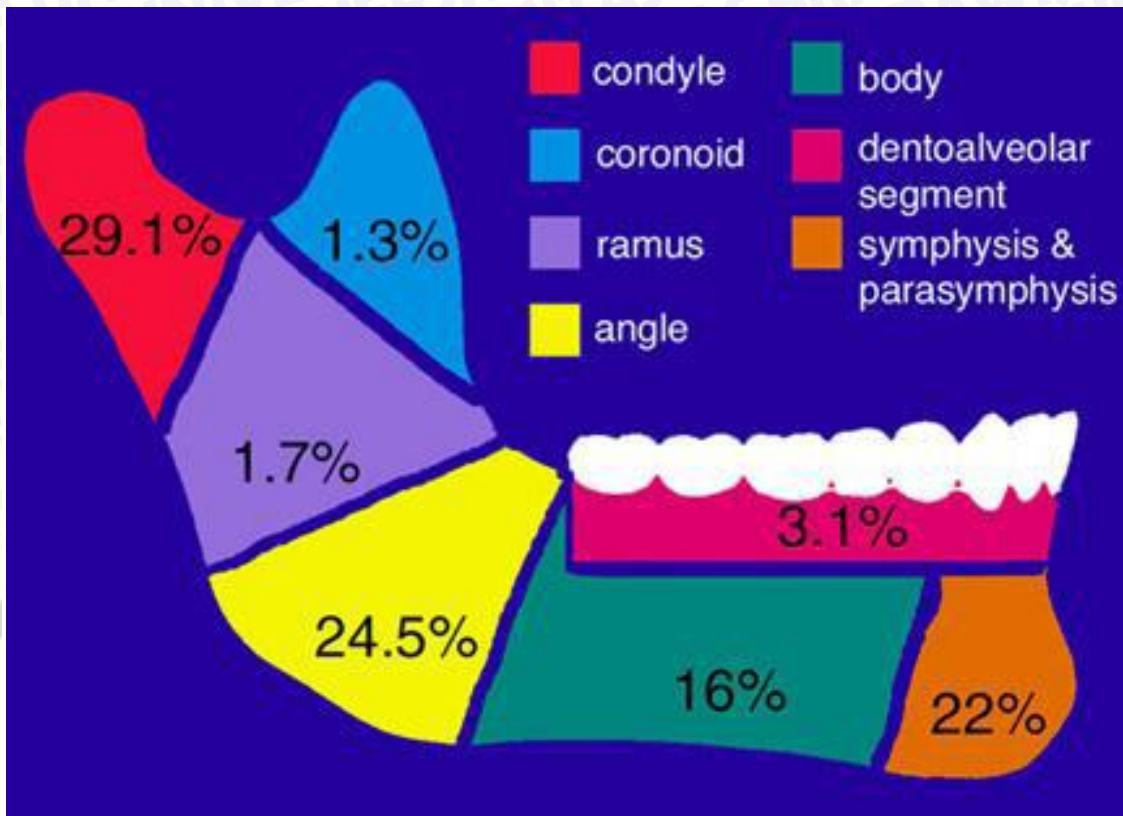
Gambar 2.3 Klasifikasi fraktur menurut angulasi fraktur

(Sumber : <http://www.utmb.edu/otoref/grnds/Mandible-fx-0006/Mandible-fx-0006.pdf>)

2.3.2 Prevalensi fraktur mandibula

Menurut Chang (2008) daerah paling banyak terjadi fraktur pada mandibula adalah regio kondilus-subkondilus, *body* dan angulus dengan frekuensi kejadian :

- a. kondilus - 29%
- b. Angulus - 24%
- c. Simfisis - 22%
- d. *Body* / korpus - 16%
- e. Ramus - 1.7%
- f. Coronoid - 1.3%



Gambar 2.4 Distribusi kejadian Fraktur mandibula

(Sumber : penatalaksanaan-fraktur-mandibula.pdf)

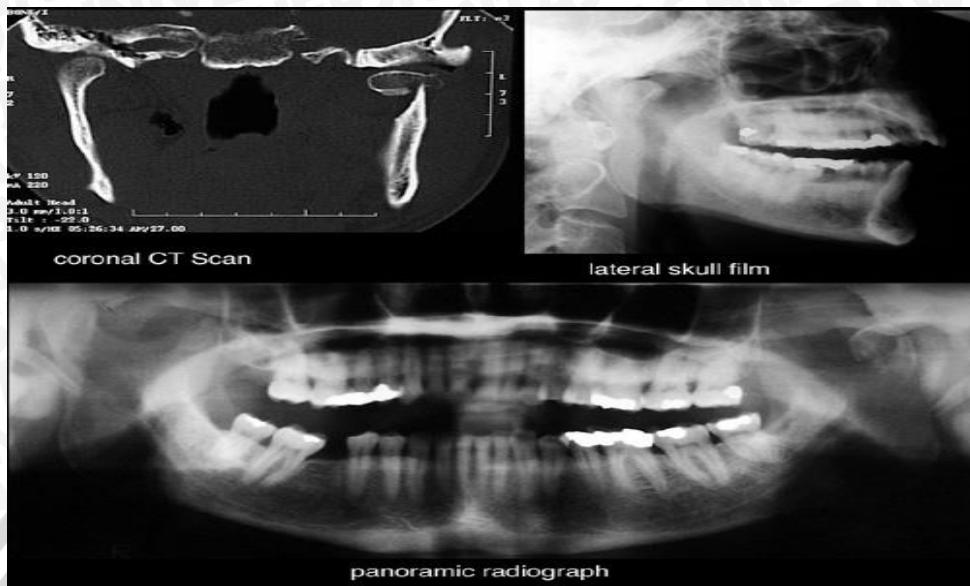
Daerah yang lemah adalah daerah subkondilus, angulus mandibula dan daerah mentalis. Mandibula yang mengalami atropi, mempunyai kelemahan di banyak tempat, tetapi tetap saja regio angulus mandibulae dan mentalis merupakan yang paling sering terjadi fraktur. Beberapa penelitian menyatakan bahwa terdapat hubungan antara frekuensi fraktur mandibula dengan daerah anatomi.(Pedersen, 1996)

2.3.3 Gambaran klinis fraktur mandibula

Pedersen (1996) mengatakan bahwa orang yang mengalami fraktur mandibula akan merasa sakit, kesulitan atau ketidakmampuan dalam mengunyah. Lalu berdasarkan pada kondisi fraktur (sudah lama atau masih baru), pembengkakan bisa terjadi baik pada bagian yang mengalami trauma dan (jika berbeda) bagian yang fraktur. Selain itu juga terjadi pergeseran segmen dan adanya diskontinuitas lengkung rahang. Sering terjadi gangguan oklusi dari ringan sampai berat pada saat akan mengatupkan gigi geliginya. Pada kasus fraktur subkondilar bilateral, sering terjadi gigitan terbuka pasca trauma. Apabila terjadi fraktur region mentalis bilateral, kadang-kadang terjadi gigitan terbuka di sebelah anterior karena pergeseran segmen distal dalam arah posteroinferior akibat tarikan dari m. suprahyoideus. Jadi secara umum terjadi maloklusi, deformitas wajah, pergerakan masing-masing fragmen fraktur, krepitasi dan pembengkakan di daerah fraktur, serta rasa nyeri dan parastesi.

2.3.4 Radiografi fraktur mandibula

Gambaran radiograf dari mandibula diambil dalam dua cara. Pengambilan melalui orthopantomogram (OPT) menghasilkan pemandangan lateral dari seluruh mandibula, visualisasi korpus dan ramus yang jelas tetapi kurang efektif pada region parasimfisis. Baik Regio kondilus kepala atau leher harus ikut tampak. Gambaran postero-anterior pada sudut yang tepat diperlukan dalam hal ini. Pengambilan gambar radiograf pada anak-anak biasanya lebih sulit dibandingkan orang dewasa terutama yang berusia dibawah lima tahun(Wray *et al*, 2009)



Gambar 2.5 Gambar radiograf fraktur mandibula

(Sumber : <http://www.utmb.edu/otoref/grnds/Mandible-fx-0006/Mandible-fx-0006.pdf>)

2.3.5 Etiologi fraktur mandibula

Etiologi dari fraktur mandibula berhubungan dengan sosial dan usia. Negara Belanda sebagai contoh, menggunakan sepeda sebagai sarana transportasi, sehingga kecelakaan bersepeda merupakan faktor penyebab utama dari fraktur mandibula. Pada kota-kota besar di Amerika, kebanyakan kejadian disebabkan karena kecelakaan kendaraan bermotor atau kekerasan individual. Sebagai contoh New York dan San Francisco, memiliki kepadatan penduduk tinggi dan penggunaan kendaraan rendah, sehingga kebanyakan kejadian disebabkan oleh kekerasan individual, sedang pada daerah tengah Amerika dimana kepadatan penduduknya jarang dan frekuensi penggunaan kendaraan tinggi menyebabkan

kecelakaan menjadi faktor utama dalam terjadinya fraktur mandibula (Goldman, 2008).

Menurut Chang (2008) kecelakaan kendaraan masih menjadi faktor utama terjadinya fraktur mandibula. Kota-kota besar seperti San Fransisco, pembatasan pemilikan kendaraan bermotor menyebabkan penurunan insiden dari fraktur mandibula yang disebabkan oleh kecelakaan. Disisi lain terjadi peningkatan insiden yang disebabkan oleh kekerasan individu. Penyebab lain terjadinya fraktur mandibula diantaranya akibat jatuh, trauma olahraga, dan trauma kerja dimana presentase kejadiannya adalah sebagai berikut:

- a) Kecelakaan berkendara 43%.
- b) Serangan/ kekerasan 34%.
- c) Kecelakaan kerja 7%.
- d) Trauma olahraga 7%.
- e) Lain-lain 5%.

2.3.6 Penatalaksanaan Fraktur Mandibula

Prinsip dasar umum dalam perawatan fraktur mandibula ialah sebagai berikut. Evaluasi klinis secara keseluruhan dengan teliti, pemeriksaan klinis fraktur dilakukan secara cermat/teliti, kerusakan gigi dievaluasi dan dirawat bersamaan dengan perawatan fraktur mandibula, mengembalikan oklusi merupakan tujuan dari perawatan fraktur mandibula. Apabila terjadi fraktur mulitple di wajah, fraktur mandibula lebih baik dilakukan perawatan terlebih dahulu dengan prinsip tindakan/terapi dilakukan dimulai dari bagian dalam kemudian bagian luar, serta dari

bagian bawah lalu bagian atasnya. Waktu penggunaan fiksasi intermaksiler dapat bervariasi tergantung pada tipe, lokasi, jumlah dan derajat keparahan fraktur mandibula serta usia dan kesehatan pasien maupun metode yang akan digunakan untuk reduksi dan imobilisasi. Penggunaan antibiotik untuk kasus *compound fractures*, monitor pemberian nutrisi pasca operasi. Penanganan fraktur mandibula secara umum dibagi menjadi 2 metode yaitu reposisi tertutup dan terbuka.

Reposisi tertutup (*closed reduction*) terhadap fraktur mandibula adalah penanganan konservatif dengan melukan reposisi tanpa operasi langsung pada garis fraktur dan melakukan imobilisasi dengan interdental wiring atau *eksternal pin fixation*.

Reposisi terbuka (*open reduction*) adalah tindakan operasi untuk melakukan koreksi defromitas-maloklusi yang terjadi pada fraktur mandibula dengan melakukan fiksasi dengan *interosseus wiring* serta imobilisasi dengan menggunakan *interdental wiring* atau dengan mini plat+skrup.

Indikasi untuk *closed reduction* antara lain ;

- a. fraktur komunitif, selama periosteum masih intak masih dapat diharapkan kesembuhan tulang
- b. fraktur dengan kerusakan soft tissue yang cukup berat, dimana rekonstruksi soft tissue dapat digunakan rotation flap, free flap ataupun granulasi persecundum bila luka tersebut tidak terlalu besar
- c. edentulous mandibula ; *closed reduction* dengan menggunakan protese mandibula "*gunning splint*" dan sebaiknya dikombinasikan dengan kawat circum mandibula- circumzygomaticum

- d. Fraktur pada anak-anak ; karena *open reduction* dapat menyebabkan kerusakan gigi yang sedang tumbuh. Apabila diperlukan *open reduction* dengan fiksasi internal, maka digunakan kawat yang halus dan diletakkan pada bagian paling inferior dari mandibula. *Closed reduction* dilakukan dengan *splint acrylic* dan kawat circum-mandibular dan circumzygomaticum bila memungkinkan
- e. Fraktur condylus ; mobilisasi rahang bawah diperlukan untuk menghindari ankylosis dari TMJ. Pada anak, mobilisasi ini harus dilakukan tiap minggu, sedangkan dewasa setiap 2 minggu.

Teknik yang digunakan pada terapi fraktur mandibula secara *closed reduction* adalah fiksasi intermaksiler. Fiksasi ini dipertahankan 3-4 minggu pada fraktur daerah condylus dan 4-6 minggu pada daerah lain dari mandibula

Beberapa teknik fiksasi intermaksilaris ;

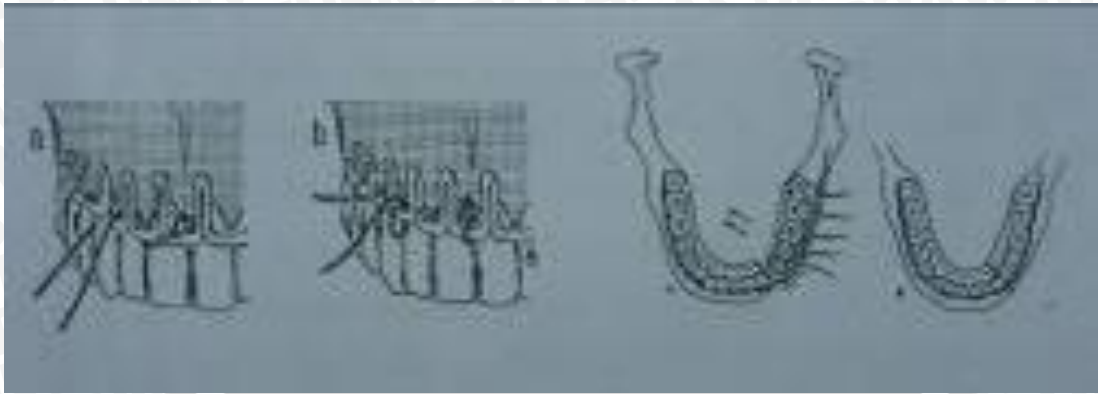
- a. teknik gilmer ; merupakan teknik yang mudah dan efektif tetapi mempunyai kekurangan yaitu mulut tidak dapat dibuka untuk melihat daerah fraktur tanpa mengangkat kawat. Kawat tersebut dilingkarkan pada leher gigi, kemudian diputar searah jarum jam sampai tegang. Dilakukan pada gigi atas dan bawah sampai oklusi baik. Kemudian kedua kawat atas dan bawah digabungkan dan diputar dengan hubungan vertika maupun silang, untuk mencegah tergelincir ke anterior dan posterior
- b. teknik *eyelet (ivy loop)* ; keuntungan teknik ini bahan mudah didapat dan sedikit menimbulkan kerusakan jaringan periodontal serta rahang dapat

dibuka dengan hanya mengangkat ikatan intermaksilaris. Kerugiannya kawat mudah putus waktu digunakan untuk fiksasi intermaksiler

- c. tehnik *continous loop (stout wiring)* ; terdiri dari formasi loop kawat kecil yang mengelilingi arkus dentis bagian atas dan bawah, dan menggunakan karet sebagai traksi yang menghubungkannya
- d. tehnik *erich arch bar* ; indikasi pemasangan *arch bar* antara lain gigi kurang/ tidak cukup untuk pemasangan cara lain, disertai fraktur maksila, didapatkan fragmen dentoalveolar pada salah satu ujung rahang yang perlu direduksi sesuai dengan lengkungan rahang sebelum dipasang fiksasi intermaksilaris. Keuntungan penggunaan arch bar ialah mudah didapat, biaya murah, mudah adaptasi dan aplikasinya. Kerugiannya ialah menyebabkan peradangan pada ginggiva dan jaringan periodontal, tidak dapat digunakan pada penderita dengan edentulous luas.
- e. Tehnik kazanjian ; dengan menggunakan kawat yang kuat untuk tempat karet dipasang mengelilingi bagian leher gigi. Tehnik ini untuk gigi yang hanya sendiri atau insufisiensi pada bagian dari pemasangan arch bar.



Gambar 2.6 Eyelet



Gambar 2.7 Achbar

Indikasi untuk reposisi terbuka (*open reduction*) :

- displaced unfavourable* fracture melalui angulus
- displaced unfavourable* fracture dari corpus atau parasymphysis. Bila dikerjakan dengan reposisi tertutup, fraktur jenis ini cenderung untuk terbuka pada batas inferior sehingga mengakibatkan maloklusi
- multiple fraktur tulang wajah ; tulang mandibula harus difiksasi terlebih dahulu sehingga menghasilkan patokan yang stabil dan akurat untuk rekonstruksi
- fraktur *midface* disertai *displaced* fraktur condylus bilateral. Salah satu condylus harus di buka untuk menghasilkan dimensi vertical yang akurat dari wajah
- malunions* → diperlukan osteotomie

Kontraindikasi penggunaan IMF ; penderita epilepsy, gangguan jiwa dan gangguan fungsi paru.

Tehnik operasi *open reduction* ; merupakan jenis operasi bersih kontaminasi, memerlukan pembiusan umum dengan intubasi nasotrakeal, usahakan fiksasi pipa nasotrakeal ke dahi. Posisi penderita telentang, kepala hiperekstensi dengan meletakkan bantal dibawah pundak penderita, meja operasi diatur head up 20-25 derajat. Desinfeksi dengan batas atas garis rambut pada dahi, bawah pada klavikula,lateral tragus ke bawah menyusur tepi anterior m. trapesius kanan kiri (Barmadisatrio, 2007).

2.3.7 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi akibat fraktur mandibula antara lain adanya infeksi, dengan kuman patogen yang umum adalah staphylococcus, streptococcus dan bacterioides. Terjadi *malunion* dan *delayed healing*, biasanya disebabkan oleh infeksi, reduksi yang inadkuat, nutrisi yang buruk, dan penyakit metabolik lainnya. Parasthesia dari nervus alveolaris inferior, lesi r. marginalis mandibulae n. fasialis bisa terjadi akibat sayatan terlalu tinggi merupakan komplikasi operasi/pembedahan. Aplikasi *vacuum drain* dapat membantu untuk mencegah timbulnya infeksi yang dapat terjadi oleh karena genangan darah yang berlebihan ke daerah pembedahan (Barmadisatrio, 2007).

2.4 Usia

Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan di dalam penelitian-penelitian epidemiologi. Angka-angka kesakitan maupun kematian hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur (Notoatmodjo, 2007). Umur dalam kamus

besar bahasa Indonesia adalah waktu hidup atau ada sejak dilahirkan. Umur adalah usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun (Ramadhan, 2001). Penduduk usia produktif adalah penduduk yang melaksanakan produksi dari segi ekonomi, dimana segala kebutuhannya ditanggung mereka sendiri. Sedang penduduk usia tidak produktif adalah penduduk yang belum bisa bekerja (Anonim, 2009).

Untuk keperluan perbandingan, maka WHO menganjurkan pembagian umur sebagai berikut :

a) Menurut tingkat kedewasaan, yaitu :

- 0 – 4 tahun : Bayi dan nak-anak
- 15 – 49 tahun : Orang muda dan dewasa
- ... > 50 tahun : Orang tua

b) Interval 5 tahun yaitu :

- kurang dari 1 tahun
- 1- 4,
- 5 – 9,
- 10 – 14, dan sebagainya

c) Untuk mempelajari penyakit anak :

- 0 – 4 bulan
- 5 – 10 bulan
- 11 – 23 bulan
- 2- 4 tahun
- 5 – 9 tahun
- 9 – 14 tahun

Menurut Badan Pusat Statistika (BPS), berdasarkan komposisi penduduk, usia penduduk dikelompokkan menjadi 3 yaitu : (Anonim, 2009)

- Usia 0 - 14 th : dinamakan usia muda / usia belum produktif
- Usia 15 – 64 th : dinamakan usia dewasa / usia kerja / usia produktif
- Usia > 65 th : dinamakan usia tua / usia tidak produktif / usia jompo

2.5 Jenis Kelamin

Ardi (2012) menjelaskan, pengertian jenis kelamin atau dalam bahasa Inggrisnya adalah seks, adalah merupakan suatu akibat dari dimorfisme seksual (perbedaan sistematis tampakan luar antar individu yang mempunyai perbedaan jenis kelamin dalam spesies sama). Sementara itu menurut Hungu (2007) dalam ardi (2012) jenis kelamin adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki-laki dan perempuan pada segala ras yang ada di muka bumi. Adanya alat kelamin yang khas untuk masing-masing seringkali dijadikan penciri bagi masing-masing jenis kelamin. Sebagai tambahan, sering kali tampak ciri-ciri sekunder yang terjadi seperti pada manusia (misalnya payudara dan sebaran rambut).

2.6 Rumah Sakit Umum Daerah Dr Saiful Anwar

RSUD Dr. Saiful Anwar adalah Rumah Sakit Umum Kelas A milik Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Timur. Berdasar perda nomor 23 tahun 2002 tentang organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Provinsi Jawa Timur, RSUD Dr.Saiful Anwar ditetapkan sebagai unsur penunjang Pemerintah Provinsi setingkat dengan Badan, yang menyelenggarakan sebagian urusan dibidang pelayanan kesehatan. Dipimpin oleh seorang kepala yang disebut Direktur, berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah. Sejak Maret tahun 2000, RSUD Dr. Saiful Anwar Malang terakreditasi penuh untuk 12 jenis pelayanan. Pada tahun 2005 terakreditasi penuh tingkat lengkap untuk 16 jenis pelayanan berlaku 1 Pebruari tahun 2005 s/d 1 Pebruari tahun 2008 dan diperbarui dengan setifikat ISO 9001 : 2000 yang berlaku 18 Juni 2008 s/d 18 Juni 2009 dan telah diperbarui dengan sertifikat ISO 9001 : 2008. Dengan ini bisa dikatakan bahwa RSUD Dr. Saiful Anwar merupakan salah satu rumah sakit pusat rujukan di daerah Jawa Timur. Selain itu RSUD Dr. Saiful Anwar juga merupakan salah satu rumah sakit pendidikan di kota Malang.