

5. Apakah Anda mengonsumsi Obat Hipertensi?
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Jika Ya sudah berapa lama Anda mengonsumsi Obat Hipertensi?
 - a. ½ tahun
 - b. 1 tahun
 - c. > 2 tahun
7. Apakah keluarga Anda memiliki riwayat penyakit hipertensi?
 - a. Ya
 - b. Tidak
8. Apakah Anda memiliki penyakit jantung?
 - a. Ya
 - b. Tidak
9. Apakah Anda memiliki penyakit lain?
 - a. Ya (jika ya, sebutkan.....)
 - b. Tidak
10. Apakah anda pernah mengalami cedera tulang dan otot?
 - a. Ya (jika ya, sebutkan.....)
 - b. Tidak

Terima kasih anda telah menyelesaikan semua pertanyaan dalam kuesioner ini.