


Jurnal Menstruasi



Jurnal Terpandu 30 Hari



Pelacak



Dibuat dengan LoomJournals

Cara Menggunakan Jurnal Ini

Selamat datang di jurnalmu! Berikut beberapa tips agar kamu mendapatkan manfaat maksimal:

- 1 Sisihkan beberapa menit setiap hari untuk menulis
- 2 Jujurlah dan tulislah dengan bebas tanpa menghakimi
- 3 Cobalah menulis di waktu yang sama setiap hari agar menjadi kebiasaan
- 4 Tinjau kembali catatanmu setiap minggu untuk menemukan pola



Pindai untuk panduan lengkap cara menggunakan jurnal ini

Jurnal Menstruasi

Tanggal: _____

| | Sen | Sel | Rab | Kam | Jum | Sab | Min |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hari siklus | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Fase Siklus | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Intensitas Aliran | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Tingkat nyeri (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Suasana hati (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Tingkat energi (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Kembung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ngidam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sakit Kepala | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Catatan | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Catatan

Jurnal Menstruasi

Tanggal: _____

| | Sen | Sel | Rab | Kam | Jum | Sab | Min |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hari siklus | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Fase Siklus | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Intensitas Aliran | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Tingkat nyeri (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Suasana hati (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Tingkat energi (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Kembung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ngidam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sakit Kepala | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Catatan | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Catatan

Jurnal Menstruasi

Tanggal: _____

| | Sen | Sel | Rab | Kam | Jum | Sab | Min |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hari siklus | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Fase Siklus | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Intensitas Aliran | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Tingkat nyeri (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Suasana hati (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Tingkat energi (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Kembung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ngidam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sakit Kepala | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Catatan | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Catatan

Jurnal Menstruasi

Tanggal: _____

| | Sen | Sel | Rab | Kam | Jum | Sab | Min |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hari siklus | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Fase Siklus | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Intensitas Aliran | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Tingkat nyeri (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Suasana hati (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Tingkat energi (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Kembung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ngidam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sakit Kepala | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Catatan | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Catatan

Jurnal Menstruasi

Tanggal: _____

| | Sen | Sel | Rab | Kam | Jum | Sab | Min |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hari siklus | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Fase Siklus | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Intensitas Aliran | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Tingkat nyeri (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Suasana hati (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Tingkat energi (1-10) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Kembung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ngidam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sakit Kepala | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Catatan | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Catatan