# Rencana perawatan diri pendamping



Nama _____

Minggu _____

Tanda-tanda peringatan bahwa saya kewalahan

Apa yang membantu saya memulihkan tenaga

Siapa yang bisa menggantikan saya

## WAKTU ISTIRAHAT MINGGU INI

| | Waktu istirahat saya | Digantikan oleh |
|---|---|---|
| Senin | | |
| Selasa | | |
| Rabu | | |
| Kamis | | |
| Jumat | | |
| Sabtu | | |
| Minggu | | |

**Satu hal yang akan saya tolak**